

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A ADAPTAÇÃO À DOENÇA EM MULHERES COM CANCRO DA
MAMA: A INFLUÊNCIA DO SENTIDO DE VIDA, DO OTIMISMO,
DA IMAGEM CORPORAL E DA DEPRESSÃO.**

Solange Semblano da Fonseca

Outubro de 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Ramo de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada
pela Professora Doutora *Leonor Lencastre* e Coorientada pela
Professora Doutora *Marina Prista Guerra* (F.P.C.E.U.P.).

Agradecimentos

Findo este percurso repleto de aprendizagens, mas também de várias dificuldades, resta-me agradecer àquelas pessoas que pautaram pela sua importância (quer seja pelo incentivo moral, quer pelo contributo prático). Refiro-me ainda àquelas pessoas que, só por o serem, se tornaram fontes de inspiração e me fizeram lutar pelos meus objetivos.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais e avós a dedicação e o esforço que fizeram para que conseguisse realizar este sonho. Quero agradecer igualmente ao meu irmão e ao meu tio Celso, pelo contributo que tiveram no meu desenvolvimento.

A todos os meus amigos, em especial àquelas pessoas que privaram comigo nestes últimos anos, por terem sido fundamentais no meu crescimento académico e pessoal. Saliento a amizade e o companheirismo da Christina, da Diana, da Rita e da Ana, por terem formado comigo um “quinteto para a vida”. Agradeço ao Rui todo o apoio que me prestou e o facto de ser uma grande fonte de inspiração. À Rita Rocha, colega de estágio e de muitas peripécias. Agradeço ainda aos meus amigos de sempre, Eliana e Ricardo, pelo carinho que têm tido comigo desde há vários anos...

À minha orientadora, Prof^a. Doutora Leonor Lencastre, quero agradecer o seu profissionalismo e dedicação na reta final do meu trabalho. À minha coorientadora, Prof.^a Doutora Marina Prista Guerra, quero agradecer a sua orientação de longos meses, o seu acompanhamento constante, a paciência e o enriquecimento académico que me transmitiu.

Ao Dr. Abreu de Sousa, à Dr.^a Maria Miguel e a várias enfermeiras do IPOFG, E.P.E., por terem criado as condições necessárias à consecução deste estudo. A todos os profissionais do Serviço de Psico-Oncologia, pela atenção, dedicação e conselhos úteis que me foram disponibilizando durante todo o meu percurso na instituição. Às participantes deste estudo, pois sem o seu contributo, este trabalho não se realizaria.

Finalmente, ao Pedro, pelo apoio, compreensão, companheirismo e carinho que me prestou ao longo destes anos, e por me mostrar que, apesar das dificuldades, há sempre uma luz ao fundo do túnel.

Resumo

O cancro da mama é das neoplasias que tem recebido maior atenção por parte da literatura científica. Para além de ser considerada a principal causa de morte feminina por cancro nos países industrializados, são muitas as alterações que podem surgir na vida das doentes a partir do momento do seu diagnóstico. Assim, é importante perceber como as mulheres que passam por esta experiência se adaptam à doença.

Pretendeu-se com este estudo caracterizar os níveis de sentido de vida, otimismo, imagem corporal, depressão e satisfação com a vida neste grupo de mulheres, bem como comparar mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas em relação a estas mesmas variáveis. Adicionalmente, pretendeu-se estudar a relação da idade, do tempo decorrido desde o diagnóstico, do sentido de vida, do otimismo, da imagem corporal e da depressão com a satisfação com a vida (variável através da qual se avaliou a adaptação à doença).

Participaram neste estudo 55 mulheres com cancro da mama com idades compreendidas entre os 32 e os 79 anos ($M = 54.33$, $DP = 11.03$), submetidas a intervenção cirúrgica no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. As participantes formavam dois grupos: um constituído por 26 mulheres tumorectomizadas e outro composto por 29 mulheres mastectomizadas. O material administrado às participantes consistiu no Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos, na Escala de Auto-Actualização-SV, na Escala de Optimismo, na Escala de Satisfação com a Vida, na *Body Image Scale* e na *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

A maioria das participantes do estudo não apresenta sintomatologia depressiva. 12.6% das participantes apresenta sintomatologia moderada ou grave. Relativamente à perturbação na imagem corporal o valor médio obtido indica uma perturbação ligeira. A satisfação com a vida destas mulheres apontam para valores acima da média.

Foi encontrada uma relação positiva significativa entre o sentido de vida e a satisfação com a vida e entre o otimismo e a satisfação com a vida. Altos níveis de otimismo e de sentido de vida surgem associados a maior satisfação com a vida e, portanto, a maior adaptação à doença. Pelo contrário, a relação entre a imagem corporal e a satisfação com a vida e entre esta última e a depressão é inversa. Altos valores de depressão e de perturbação na imagem corporal estão associados a uma menor satisfação com a vida e, por conseguinte, a pior adaptação à doença. Não se verificou uma relação significativa entre a idade e a satisfação

com a vida, nem entre o tempo de diagnóstico e a satisfação com a vida. Ao comparar as variáveis principais deste estudo entre os dois grupos de doentes, tumorectomizadas e mastectomizadas, só se encontraram diferenças estatisticamente significativas na imagem corporal, sendo a perturbação na imagem corporal superior em mulheres mastectomizadas.

Abstract

Breast cancer is the type of cancer that has received more attention in the scientific literature. In addition to being considered the leading cause of female death from cancer in industrialized countries, there are many changes that may arise in the lives of patients since the diagnosis. It is important to understand how women who go through this experience adapt themselves to the disease.

The aim of this study was to understand the levels of meaning of life, optimism, body image, depression and satisfaction with life for these women, as well as to compare those submitted to mastectomy with the ones submitted to conservative surgery regarding these same variables. Additionally, we sought to understand the relationship between age, time since diagnosis, meaning of life, optimism, body image and depression in the life satisfaction of patients (variable through which the adaptation to the disease was evaluated).

This study comprises 55 women diagnosed with breast cancer aged between 32 and 79 years old ($M = 54.33$, $SD = 11.03$), which were already submitted to surgery at the Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. The participants formed two groups: one composed of 26 women submitted to conservative surgery and the other one composed of 29 women submitted to mastectomy. The material administered to the participants consisted in the *Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos*, the *Escala de Auto-Atualização-SV*, the *Escala de Optimismo*, the Scale of Satisfaction with Life, the Body Image Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Most of the participants in the study do not present depressive symptomology. 12.6% of them present moderate or severe symptomology. Regarding the body image perturbation, the mean value obtained indicates a slight perturbation. These women have values of satisfaction with life above average.

There was found a significant positive association between meaning of life and life satisfaction as well as between optimism and life satisfaction. High levels of optimism and meaning of life were associated to greater satisfaction with life and, therefore, to better adaptation to the disease. On the other side, the relation between body image and satisfaction with life and between this one and depression is inversed. High values of

depression and disturbances in body image are associated with lower life satisfaction and poorer adaptation to the disease. There was a lack of a statistically significant association between age and life satisfaction neither between time of diagnosis and life satisfaction. By comparing the main variables of this study between the two selected groups of patients, women submitted to conservative surgery and women submitted to mastectomy, it was only found statistically significant differences in body image, being the disturbance in body image superior in women submitted to mastectomy.

Résumé

Le cancer du sein est le cancer qui a reçu le plus d'attention dans la littérature scientifique. En plus d'être considérée comme la principale cause de mortalité féminine par cancer dans les pays industrialisés, il y a de nombreuses modifications qui peuvent survenir dans la vie des patientes à partir du moment du diagnostic. Il est donc important de comprendre comment les femmes qui passent par cette expérience s'adaptent à la maladie.

Le but de cette étude était de caractériser les niveaux du sens de la vie, d'optimisme, de l'image corporelle, de la dépression et de la satisfaction avec la vie chez ce groupe de femmes et, aussi, comparer les femmes soumises à une mastectomie ou à une tumorectomie par rapport à ces variables. Nous avons encore l'objectif de comprendre la relation entre l'âge, le temps du diagnostic, le sens de la vie, l'optimisme, l'image corporelle et la dépression dans la satisfaction avec la vie (la variable à travers laquelle on a évalué l'adaptation à la maladie).

Ont participé à l'étude 55 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein, âgés entre 32 et 79 ans ($M = 54.33$, $DS = 11.03$), qui ont été soumises à une chirurgie à l'Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial. Les participantes formaient deux groupes: un groupe composé de 26 femmes qui ont été soumises à une chirurgie conservatrice et un autre groupe composé de 29 femmes qui ont été soumises à une mastectomie. Le matériel utilisé se composait de six questionnaires: *Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos*, *Escala de Auto-Atualização-SV*, *Escala de Optimismo*, *Escala de Satisfação com a Vida*, *Body Image Scale* e *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

La plupart des participantes ne présentent pas une symptomatologie dépressive. 12.6% des participantes présente des symptômes modérés ou sévères de dépression. En ce qui concerne la perturbation de l'image corporelle, la moyenne obtenue indique une perturbation légère. La satisfaction avec la vie de ces femmes semble être supérieure à la moyenne.

Nous avons trouvé une corrélation positive entre le sens de la vie et la satisfaction avec la vie et entre l'optimisme et la satisfaction avec la vie. De hauts niveaux d'optimisme et de sens de la vie sont associés à une plus grande satisfaction avec la vie et, donc, à une plus grande adaptation à la maladie. Par contre, la corrélation entre l'image corporelle et la

satisfaction avec la vie et entre celle-ci et la dépression est inverse. De hauts niveaux de dépression et de perturbation de l'image corporelle sont associés à un niveau plus bas de satisfaction avec la vie et, donc, à une moins bonne adaptation à la maladie. Nous n'avons pas vérifié une corrélation significative entre l'âge et la satisfaction avec la vie, ni même entre le temps du diagnostic et la satisfaction avec la vie. En comparant les variables principales de cette étude entre les deux groupes de malades (femmes soumises à une mastectomie ou à une tumorectomie), ce n'est que par rapport à l'image corporelle que nous avons trouvé des différences statistiquement significatives. En vérité, la perturbation de l'image corporelle est supérieure chez les femmes soumises à une mastectomie.

Índice Geral

1. Introdução.....	1
1.1. Cancro da mama	2
1.1.1. Dados estatísticos	2
1.1.2. Definição e etiologia	3
1.1.3. Tratamento do cancro da mama	4
1.1.4. Implicações do cancro	6
1.1.5. Psico-Oncologia	7
1.2. A Psicologia Positiva, o sentido de vida e o otimismo	7
1.2.1. A Psicologia Positiva	7
1.2.2. O sentido de vida.....	8
1.2.3. O otimismo	11
1.3. A autoestima e a imagem corporal	13
1.4. A depressão	16
1.5. A satisfação com a vida.....	18
1.6. O presente estudo empírico	19
1.6.1. Pertinência do estudo	19
1.6.2. Objetivos e hipóteses de investigação	21
1.6.2.1. Objetivos	21
1.6.2.2. Hipóteses.....	21
2. Método	23
2.1. Caracterização da amostra.....	23
2.1.1. Caracterização sociodemográfica	23
2.1.2. Caracterização clínica	24
2.2. Instrumentos	25
2.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos	25
2.2.2. Escala de Auto-Actualização-Sentido de Vida	25
2.2.3. Escala de Optimismo.....	26
2.2.4. <i>Body Image Scale</i>	27
2.2.5. <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	28
2.2.6. Escala de Satisfação com a Vida	30

2.3. Procedimentos	31
2.3.1. Procedimentos de seleção da amostra e de recolha dos dados	31
2.3.2. Procedimentos estatísticos.....	32
3. Resultados	33
3.1. Caracterização das variáveis principais.....	33
3.2. Relações entre algumas variáveis.....	34
3.3. Comparação de mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas	36
4. Discussão de resultados.....	37
4.1. Relação das variáveis do estudo	38
4.2. Comparação de mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas	45
5. Conclusões.....	50
6. Referências.....	52
Anexos	57

Índice de quadros

<u>Quadro 1</u> Características Clínicas da Amostra.....	24
<u>Quadro 2</u> Valores de r de Pearson entre as Variáveis Idade e Tempo Decorrido Desde o Diagnóstico Oncológico e as Variáveis Principais deste Estudo ($N = 55$)	34
<u>Quadro 3</u> Comparação das Doentes Tumorectomizadas e Mastectomizadas Relativamente às Variáveis Principais.....	36

Abreviaturas

APA	<i>American Psychological Association</i>
cf.	Confrontar
<i>cit. in</i>	Citado por
BES	Bem-Estar Subjetivo
BIS	<i>Body Image Scale</i>
DP	Desvio-padrão
e.g.	Por exemplo (do latim <i>exempli gratia</i>)
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
et al.	E outros (do latim <i>et alii</i>)
Etc.	E assim por diante
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IPOPFG, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia do Porto Fernando Gentil, Entidade Pública Empresarial
<i>M</i>	Média
Min.-Máx.	Valores mínimos e máximos obtidos
<i>N</i>	Número de membros da amostra total
<i>n</i>	Número de membros de uma parte limitada da amostra total
<i>p</i>	Nível de significância
<i>r</i>	Coeficiente de correlação de <i>Pearson</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>t</i>	<i>t</i> de <i>Student</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

1. Introdução

O cancro da mama é das neoplasias que tem recebido maior atenção da literatura, muito devido ao facto de ser considerada a primeira causa de morte feminina por cancro nos países industrializados (Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez, & García, 2008).

Contudo, não é apenas a possível ameaça à vida que afeta a mulher. O cancro da mama pode acarretar também uma série de mudanças nas mais variadas áreas da vida da mesma, que contribuem para deixá-la ainda mais fragilizada. A mulher poderá ver alterados vários papéis que contribuem para a formação da sua identidade, as expectativas em relação ao futuro, a sua aparência e seu funcionamento corporal (Ogden, 2004).

Estes dois últimos aspetos tomam especial importância nesta população de doentes. A juntar à mutilação e/ou extração do seio lesado, a mulher poderá ainda deparar-se com inúmeros efeitos adversos dos tratamentos. A alopecia, as feridas na boca, o aumento de peso, etc. são alguns dos possíveis efeitos secundários que podem recair sobre a mulher e que podem afetar a sua imagem corporal. Por esta razão, aceder à avaliação que a mulher faz da sua imagem corporal é essencial para estudar a adaptação da mesma à doença.

Por outro lado, o diagnóstico de cancro da mama e respetivo tratamento constituem uma situação stressante, não só do ponto de vista físico, mas sobretudo do ponto de vista psicológico (Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007). Tendo em conta uma revisão meta-analítica de 58 estudos que examinou o cancro e consequentes sequelas psicológicas, conclui-se que os doentes estão significativamente mais deprimidos, quando comparados com sujeitos saudáveis (Ritterband & Spielberger, 2001). Com base nestes resultados, salienta-se a importância de uma avaliação dos índices depressivos das doentes para se perceber se estas estarão ou não a adaptar-se à doença.

Tendo em conta que a Psicologia já não se centra apenas no estudo da patologia e dos danos, mas também das forças e virtudes, compreende-se o motivo da inclusão de variáveis positivas nos estudos que visam a compreensão de doentes oncológicos.

Sendo o cancro uma doença estigmatizante, que acarreta o receio face à morte e provoca um grande sofrimento, torna-se interessante observar se as mulheres com cancro da mama têm algum propósito ou missão de vida conscientes que orientem o seu percurso, isto é, se denotam algum propósito ou interesse em viver (Guerra, 1992). O sentido de vida

terá, portanto, um papel ativo nesta investigação, ao estudar-se a sua influência na adaptação das participantes à doença.

Por outro lado, ao ser considerado um mecanismo útil para a resolução de problemas e para a adaptação a novas condições de vida (Velden et al., 2007), o otimismo deverá ser estudado na população com cancro. Deste modo, procurar-se-á perceber se este ditará a diferença na forma como as doentes se adaptam ao cancro e respetivo tratamento.

A satisfação com a vida refere-se às atribuições do indivíduo em relação à própria vida, a partir das quais desenvolve um juízo cognitivo crítico (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Estando o julgamento da satisfação dependente de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido (Albuquerque & Tróccoli, 2004), torna-se importante aceder aos juízos de valor das doentes com cancro da mama em relação à sua existência. Tal é essencial, pois será através dos valores de satisfação com a vida destas mulheres que se compreenderá a sua adaptação à doença.

Em seguida, serão aprofundados os construtos atrás mencionados. Primeiramente será abordada a temática do cancro da mama. Depois, abordar-se-á a temática da Psicologia Positiva e as variáveis positivas sentido de vida e otimismo. Serão ainda focalizadas as variáveis autoestima/imagem corporal, a depressão e a satisfação com a vida (que será apresentada por último e não no seguimento das variáveis positivas, por uma questão de sentido). Por fim, serão apresentados: o método subjacente a este estudo, os resultados e sua discussão e as considerações finais retiradas da presente investigação.

1.1. Cancro da mama

1.1.1. Dados estatísticos

O cancro é das patologias mais temíveis do mundo moderno (Pereira & Lopes, 2002). Nos países ocidentais é tido como a segunda principal causa de morte, aparecendo logo a seguir às doenças cardiovasculares. Só no ano de 2000, na União Europeia, ocorreram um milhão e 122 mil óbitos por cancro. Para 2015, nos países industrializados, espera-se cerca de um milhão e 405 mil novos diagnósticos (Pimentel, 2006). Os tipos de cancro considerados mais frequentes são o cancro do pulmão, o cancro colo-retal e o cancro da mama (Pimentel, 2006).

As neoplasias da mama são a forma de cancro mais frequente na mulher, sendo a sua primeira causa de morte por cancro em Portugal. Segue-se o cancro colo-retal, o cancro do estômago e ainda o cancro do colo do útero (Globocan, 2008).

A sua incidência no mundo apresentou um crescimento contínuo na última década, que poderá ter resultado das mudanças sociodemográficas e da acessibilidade aos serviços de saúde (Hoffmann, Müller, & Rubin, 2006).

O cancro da mama é uma doença que afeta sobretudo o sexo feminino, embora possa aparecer também no masculino. Ainda que apresente uma elevada prevalência e incidência, devido aos progressos científicos (na prevenção, no diagnóstico cada vez mais precoce e nas formas de tratamento), é cada vez menor a probabilidade de um indivíduo morrer devido a esta doença (Melo, 2009).

Contudo, este tipo de cancro representa ainda um enorme problema de Saúde Pública. Segundo a *American Cancer Society* (2008) e tendo em conta que esta doença evolui por estádios, a taxa de sobrevivência de 5 anos para o cancro da mama localizado (o cancro da mama que não metastizou para os linfonodos ou para outras localizações para além do seio) aumentou de 80%, na década de 1950, para 98%, na atualidade. Se o cancro se espalhou regionalmente, a taxa de sobrevivência de 5 anos é de 84%. Por sua vez, nas mulheres com metástases à distância, a taxa de sobrevivência de 5 anos é de 27%.

1.1.2. Definição e etiologia

O cancro é uma doença complexa, na qual algumas células do corpo proliferam de forma desregrada. Segundo Pinto (2007) “Poder-se-á dizer que um grupo de células tornou-se “apto” a desobedecer e a escapar ao mecanismo de controlo do crescimento normal e ordenado do organismo” (p.58). As células não conseguem parar de se reproduzir, multiplicando-se para além do necessário para a restituição das células mortas. Pode dizer-se que não existe uma única doença chamada cancro, mas sim um grupo de muitos e diferentes tipos de cancro (Ogden, 2004), nomeadamente o cancro da mama.

Apesar de ninguém saber com exatidão qual o motivo que leva as pessoas a desenvolverem cancro da mama, é sabido que a sua etiologia é multifatorial (Hoffmann et al., 2006; Ogden, 2004), sendo a idade o principal fator de risco. Contudo, o risco de se desenvolver este tipo de cancro pode ainda aumentar devido aos seguintes fatores: uma longa exposição ao estrogénio (através de uma menarca precoce, de um início tardio da menopausa, de um peso excessivo após a menopausa, de um primeiro parto após os 30

anos ou ausência de filhos), história familiar e/ou história prévia pessoal de cancro da mama, recurso a terapia de radiação nos seios antes dos 30 anos, recurso a uma terapia hormonal de substituição prolongada, toma da pilula enquanto método contraceptivo, o estilo de vida e fatores ambientais (Ogden, 2004).

Já que não se sabe ao certo como é que esta doença se desenvolve, a prevenção deve apostar mais nos fatores modificáveis, tais como fazer exercício físico, ter uma alimentação equilibrada, reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e parar de fumar. Fazer exames com frequência é aconselhável, pois embora não previna o desenvolvimento do cancro, ajuda a detetá-lo precocemente (Silva, Loureiro, & Sousa, 2004).

1.1.3. Tratamento do cancro da mama

Atualmente existem diversos procedimentos utilizados no tratamento do cancro da mama. Estes podem ser locais, como a radioterapia e a cirurgia, ou sistémicos, como as terapias hormonal e biológica e a quimioterapia. Ao passo que os tratamentos locais são utilizados para controlar, extrair ou destruir as células cancerosas de uma região específica, sem lesar o resto do corpo; os sistémicos são dirigidos à corrente sanguínea, destruindo e controlando as células neoplásicas em todo o corpo (Ogden, 2004; Silva et al., 2004).

Para implementarem o tratamento adequado, os médicos devem ter em consideração: o estágio, o tamanho e a localização do tumor; ausência ou presença de metástases; a idade da doente (e se já está na menopausa); o estado de saúde geral da doente; se as células neoplásicas dependem de hormonas femininas para crescer; e, claro, a opinião da doente (Ogden, 2004; Silva et al., 2004).

A mastectomia foi durante muito tempo o tratamento primário para o cancro da mama. Por mastectomia entende-se a cirurgia que, no passado, para além de retirar todo o tecido mamário, implicava a extração dos músculos do peito e dos gânglios linfáticos até à clavícula. Atualmente, este tipo de cirurgia é menos drástico, envolvendo a remoção de todo o tecido mamário possível, embora raramente inclua o músculo. Os tipos de mastectomia mais usuais são a mastectomia simples/total (toda a mama é removida, à exceção dos músculos, podendo alguns gânglios ser extraídos) e a mastectomia radical modificada, que passou a ser utilizada para cancros avançados ou em caso de haver metástases nos músculos peitorais. Nesta última, a mama é toda removida, juntamente com parte do musculo peitoral e vários gânglios linfáticos (Ogden, 2004; Silva, 2008).

Nos dias que correm, e tendo em consideração as consequências psicológicas acarretadas pela mastectomia, tenta-se, sempre que possível, manter o seio lesado. Desde que a investigação comprovou que uma cirurgia conservadora/tumorectomia era eficaz no combate ao cancro numa fase inicial (contando que fosse seguida de radioterapia), os médicos passaram a optar também por esse tipo de cirurgia. As cirurgias que implicam a conservação da mama são: a nodulectomia (o tumor é removido juntamente com algum tecido normal circundante e alguns gânglios linfáticos) e a quadrantectomia (extração de um quarto da mama e alguns gânglios linfáticos) (Ogden, 2004).

Quanto à quimioterapia, sabe-se que consiste na utilização de fármacos anticancerígenos que podem ser tomados em forma de comprimido ou injetados. Pode usar-se apenas um ou então combinar-se vários tipos de fármacos. Depois de entrarem no sistema sanguíneo, vão circular por todo o corpo, com a finalidade de eliminar as células cancerígenas que podem ter-se espalhado (Silva et al., 2004). Este tratamento é feito por ciclos intervalados, durante períodos que rondam os três aos seis meses/um ano.

A quimioterapia mata tanto as células cancerosas, como pode matar as saudáveis, o que gera inúmeros efeitos secundários. Estes variam em função do tipo de fármacos utilizado, assim como da quantidade e duração da aplicação, mas normalmente consistem: em fadiga, náuseas, vômitos, alopecia, alterações do ciclo menstrual, maior risco de infeções e aparecimento de feridas na boca (Ogden, 2004; Silva et al., 2004).

Por interferir na produção das hormonas sexuais, a quimioterapia pode acarretar uma menopausa precoce que, combinada com outros problemas, tais como a perda de interesse sexual ou a diminuição da lubrificação, podem afetar a libido e o desempenho sexual da mulher (Avis, Crawford, & Manuel, 2004; Ganz et al., 2004; Ogden, 2004). Associados à menopausa quimicamente induzida poderão desenvolver-se problemas de infertilidade, o que para uma mulher jovem poderá ser uma enorme fonte de *distress* (Ogden, 2004).

Quanto à radioterapia, esta tem como objetivo destruir as células tumorais através do uso de radiações ionizantes. Só por si, este tratamento não é tido como um método de cura do cancro, uma vez que, sozinho, dificilmente destruiria todas as células neoplásicas (Ogden, 2004; Silva et al., 2004). Normalmente é um tratamento que se inicia um mês após a cirurgia, sendo aplicado durante seis semanas, cinco dias por semana. Poderá ser aplicado através de uma máquina exterior ao organismo ou internamente (braquiterapia).

A quantidade da radiação e a duração do tratamento são determinados em função do grau, tipo e estágio do tumor. Como principais efeitos secundários, podem salientar-se: a

fadiga, perda de apetite e alterações na pele, que escurece, fica mais espessa, perde a sensibilidade e pode até ganhar bolhas (Ogden, 2004; Silva et al., 2004).

Por se saber que o estrogénio ou a progesterona podem estar por trás do crescimento de células tumorais em algumas mulheres, existe um tratamento que tem como objetivo bloquear o efeito destas hormonas ou, pelo menos, baixar os seus valores. Este tratamento designa-se de terapia hormonal e pode ser usado antes ou depois da cirurgia. Nesta categoria, o tamoxifeno é o tratamento preferencial e é usado após a cirurgia, durante cinco anos. Como efeitos secundários mais comuns, salientam-se: os afrontamentos, os suores noturnos, as náuseas, a indigestão, o aumento de peso e o corrimento ou secura vaginal e problemas de visão (Ogden, 2004; Silva et al., 2004).

A terapia biológica recorre ao próprio sistema imunitário das doentes para lutar contra o cancro e aliviar os sintomas secundários dos tratamentos. O trastuzumab pertence a este grupo terapêutico, interferindo com uma das formas de como as células neoplásicas proliferam, melhorando a resposta imunitária do corpo. A sua implementação passa por uma perfusão na veia, uma vez por semana, acarretando poucos efeitos secundários graves. Pode, contudo, provocar reações alérgicas e danos coronários (Ogden, 2004).

1.1.4. Implicações do cancro

Sobreviver a um cancro é uma experiência que marca o indivíduo durante toda a vida. As sequelas da doença/tratamento, a possível morbilidade decorrente de problemas físicos, o suporte social, bem como os fatores psicológicos individuais são aspetos que influenciam a gestão de uma vida, na qual ocorreu um cancro (Pinto, 2007).

De facto, o cancro tem implicações nas mais variadas áreas da vida dos doentes. Para além das óbvias implicações de cariz físico provocadas pela doença e respetivo tratamento, existem outros aspetos a salientar. Em termos psicológicos, o cancro altera a forma como os doentes percecionam o ambiente circundante, gerando desequilíbrio emocional. O diagnóstico e tratamento levam a consequências psicológicas que se repercutem na qualidade de vida, tais como a depressão, a ansiedade e a raiva (Moorey & Greer, 2002; Pimentel, 2006; Sebastián et al., 2007). Em termos relacionais e sociais, pode haver isolamento por parte dos doentes, uma vez que estes “ficam afastados do local de trabalho ou da escola e da família, entrando num sistema social novo e estranho” (Melo, 2009). Frequentemente, os amigos afastam-se por medo da reação do doente ou simplesmente por não saberem o que dizer ou fazer perante a situação.

1.1.5. Psico-Oncologia

O estudo dos aspetos psicológicos do cancro e do seu tratamento tem tido uma importância cada vez maior, sendo conhecido como Psico-Oncologia. Melhorar a qualidade de vida dos doentes é o principal objetivo desta nova disciplina, sendo o suporte psicológico fundamental no acompanhamento de intervenções como a cirurgia, a quimio ou radioterapia (Silva et al., 2004).

A Psico-Oncologia preocupa-se com as respostas psicológicas dos doentes e familiares, bem como dos prestadores de cuidados que acompanham os primeiros nas diversas etapas da doença. Preocupa-se igualmente com os fatores psicossociais que interferem no processo de adoecer (Marks et al., 2005) e com a recolha de informações sobre a vida dos doentes (e.g. comportamentos de risco), o que é importante para que os doentes sejam conduzidos a uma reorganização que torne a sua vida mais satisfatória e saudável (Silva et al., 2004).

1.2. A Psicologia Positiva, o sentido de vida e o otimismo

1.2.1. A Psicologia Positiva

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 1948), a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, na sua totalidade e não apenas a inexistência de doença ou de incapacidade. Esta noção é importante para qualquer área do saber e em especial para a Psicologia, embora esta nem sempre se tenha versado sobre o lado positivo do ser humano.

Abraham Maslow é tido como um dos maiores precursores da consolidação do positivo como foco de interesse da Psicologia (Froh, 2004). Este autor acreditava que a Psicologia Humanista se deveria basear no estudo do saudável e, como tal, investigou empiricamente as vidas e padrões de pessoas autoatualizadas (Moss, 2001, *cit. in* Froh, 2004). Para ele, a autoatualização era sinónimo de saúde mental, sendo a sua presença sinal de “um indivíduo capaz de estar em permanente evolução no desenvolver das suas potencialidades” (Guerra, 1992, p.97).

Embora Froh (2004) considere que a Psicologia Positiva e a Humanista não estão muito distantes, partilhando objetivos e interesses, há autores como Seligman e Csikszentmihayi que têm sido acusados de não darem crédito suficiente ao Humanismo,

como estando na origem da Psicologia Positiva, por não acreditarem no rigor científico da sua metodologia experimental (Froh, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Apesar de se poder pensar que as principais componentes da Psicologia Positiva datam dos contributos de William James, Martin Seligman é apontado como a pessoa que verdadeiramente introduziu a Psicologia Positiva no âmbito da Associação Americana de Psicologia (APA) (Froh, 2004). Durante o ano de 1998, Seligman, enquanto presidente da APA, fomentou vários artigos que apelavam à necessidade de mudança do foco da Psicologia, do patológico para o positivo.

Segundo Froh (2004), a Psicologia Positiva tem como principais objetivos: identificar e melhorar as forças/virtudes humanas que fazem a vida valer a pena e permitir aos indivíduos e comunidades progredirem. Neste sentido, as preocupações centrais da Psicologia deveriam passar a incluir fenómenos positivos como o amor, a coragem, a esperança, o otimismo, entre outros (Froh, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) sustentam que a Psicologia Positiva se foca nas experiências subjetivas valorizadas, como o bem-estar, o contentamento e a satisfação (em relação ao passado), a esperança e o otimismo (em relação ao futuro) e a felicidade (em relação ao presente). Ao nível individual, foca-se nos traços positivos individuais, como a capacidade para amar, a coragem, a perseverança, o perdão, a originalidade, a espiritualidade e a sabedoria, entre outros. Ao nível grupal, concentra-se nas virtudes cívicas que promovem uma melhor cidadania, tais como: a responsabilidade, o altruísmo, a tolerância e a ética no trabalho.

1.2.2. O sentido de vida

O sentido de vida é um importante constructo psicológico, embora tenha sido pouco versado na literatura científica recente (Guerra, 2010; Zika & Chamberlain, 1992). É considerado uma subdimensão de um constructo mais abrangente designado autoatualização. Como já vimos, segundo Guerra (1992), “a presença de autoatualização caracteriza o indivíduo capaz de estar em permanente evolução no desenvolvimento das suas potencialidades” (p. 97). Para além do sentido de vida, a autoatualização incorpora outras três subdimensões: a vida criativa, a orientação interior e a dimensão existencial.

Normalmente é na adolescência que a pessoa começa a interrogar-se sobre os seus objetivos, sobre aquilo que tem intenção de realizar ao longo da sua vida e sobre o significado da sua presença no mundo (Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009; Rathi & Rastogi,

2007). Contudo, há momentos na vida, que pela sua complexidade nos fazem refletir ainda mais sobre o sentido da nossa existência. Por exemplo, a descoberta de uma doença grave que põe em causa a nossa continuidade neste mundo.

Embora não se possa pensar no sentido de vida como uma emoção ou sentimento, este conceito constitui uma meta do processo de engrandecimento espiritual, pois só ao procurar sentido para a vida (e encontrando-o) é que o homem pode considerar-se feliz e realizado (Nunes, 2007). Deste modo, o sentido de vida pode ser visto como uma “ferramenta” para se conseguir estabilidade na vida (Baumeister & Vohs, 2002).

O sentido de vida normalmente envolve um objetivo ou sentido de propósito unificado (Rathi & Rastogi, 2007). Segundo Guerra (1992), o sentido de vida corresponde à existência consciente de uma missão ou propósito na vida do indivíduo, que o faz orientar-se de modo a possibilitar a sua concretização.

O contributo de Frankl, e em especial a sua obra intitulada “O Homem em Busca de Sentido”, onde discute a relação entre a falta de sentido e o sofrimento psíquico, tornou-se um importante marco no processo de credibilização deste constructo (Kraus et al., 2009). A Logoterapia, método terapêutico impulsionado por este autor, é essencialmente orientada para a busca do sentido de vida.

Mais recentemente, Wong (1998, *cit.in* Rathi & Rastogi, 2007) também se focou neste constructo, definindo-o como algo construído a nível individual, mas também baseado culturalmente num sistema cognitivo que influencia a escolha individual das atividades e objetivos, dando-lhe um sentido de propósito, de crescimento pessoal e de realização.

Uma vida feliz e uma vida com sentido não são exatamente a mesma coisa. Por exemplo, um ataque terrorista pode ter um significado extremo, sem que seja um acontecimento feliz (Baumeister & Vohs, 2002). Do mesmo modo, um diagnóstico de cancro apesar de ser algo que se não comemore, poderá trazer significado para a vida. Atingir a felicidade através de uma vida com sentido significa encontrar uma ligação para além do *self* e usar as principais forças ao serviço de “algo” muito superior a si próprio (Nunes, 2007).

Um outro aspeto importante relativamente ao sentido de vida é que este apresenta vários níveis. Baixos níveis de sentido de vida refletem o concreto, o imediato e sentidos específicos, enquanto que valores elevados invocam períodos de tempo longos e conceitos mais alargados. A ideia de que altos níveis de sentido de vida promovem o aumento da

satisfação é especialmente relevante na Psicologia Positiva, uma vez que o aumento dos níveis de sentido de vida traduzem-se numa ajuda para escapar ao próprio sofrimento (Baumeister & Vohs, 2002). Tal questão é essencialmente relevante em situações de doença grave, como o cancro. Isto acontece, porque o sentido de vida se torna mais importante para as vítimas em sofrimento, uma vez que a necessidade de reduzir o sofrimento se torna a sua principal motivação (Baumeister & Vohs, 2002).

O sentido de vida é, de facto, uma variável positiva crucial para a saúde e para o alívio do sofrimento, relacionando identidade com ação, ou seja, o desenvolvimento de competências para o alívio do sofrimento que está associado à vivência da dor, poderá estar na orientação para a descoberta de sentido de vida (Kraus et al., 2009).

Encontrar um sentido para a vida é a única forma de encontrar um sentido para a morte, permitindo ao indivíduo encarar o fim com maior naturalidade e uma menor angústia (Nunes, 2007). Os doentes oncológicos, ao depararem-se com uma doença que ameaça a sua existência, poderão atribuir à questão do sentido de vida uma grande importância.

Para uma maior compreensão do sentido de vida torna-se importante estudar a sua relação com outras variáveis. Neste sentido, alguns estudos indicam que um menor sentido de vida tem sido associado a uma maior necessidade de recursos terapêuticos, ideação suicida, toxicodependência, depressão e ansiedade (Battista & Almond, 1973; Harlow & Bentler, 1986; Débats & Wezeman, 1993, *cit. in* Kraus et al., 2009). Tais resultados vão ao encontro das palavras de Frankl, quando defende que a essência da motivação humana passa pelo sentido de vida. Se um indivíduo não encontrar um sentido para a sua existência, torna-se existencialmente frustrado, o que poderá ou não originar uma psicopatologia (Crumbaugh & Maholick, 1964).

Num estudo de Rathi e Rastogi (2007) com estudantes, cujo objetivo passava pelo estudo do sentido de vida e do bem-estar psicológico, concluiu-se que o sentido de vida estava positivamente correlacionado com o bem-estar psicológico.

O sentido de vida tem também sido positivamente associado a medidas de funcionamento psicológico saudáveis, como a autenticidade, a competência para a tomada de decisão, a satisfação na vida, a felicidade e o bem-estar psicológico. Além disso, um alto valor de sentido de vida também é sinónimo de facilitador de *coping* adaptativo (Crumbaugh & Maholick, 1964; Kraus et al., 2009; Ryff & Singer, 1998; Scheier et al., 2006; Zika & Chamberlain, 1992).

Scheier et al. (2006) comprovaram que “o compromisso com a vida está correlacionado com a disposição otimista, com o tamanho da rede social, com o estilo de expressão emocional, com a autoavaliação da saúde e com comportamentos físicos e psicológicos saudáveis”.

Salienta-se ainda que algumas doentes com cancro da mama conseguem, para além das ameaças, percecionar aspetos positivos na experiência de cancro, podendo ver ampliadas as suas competências e fontes sociais, o seu senso de propósito, a sua espiritualidade e as suas relações interpessoais, entre outros aspetos (Antoni et al., 2006). Campôa e Cruz (2008) defendem mesmo que muitos doentes oncológicos fazem reatribuições positivas a muitos níveis, reapreciando mais a vida, dando mais sentido à sua existência e considerando que o próprio cancro os tornou pessoas melhores.

1.2.3. O otimismo

O otimismo é relevante para a felicidade do ser humano, para a sua saúde física e mental e até para o seu sucesso profissional (Barros, 1998). Há autores que defendem mesmo que é necessário ensinar às novas gerações a resiliência, o otimismo e a esperança com a finalidade de torna-las mais resistentes à depressão e fazer com que se tornem capazes de viver uma vida mais feliz e produtiva (Barros, 2004).

Segundo Barros (1998), o otimismo é uma característica ou dimensão da personalidade do indivíduo e, mais concretamente, um estilo cognitivo de processar a informação sobre o futuro. Perante a dúvida de o otimismo ser um traço sólido da personalidade ou um estado passageiro, Barros (1998) e Nunes (2007) defendem que este deverá ser encarado como uma característica ou tendência relativamente estável do indivíduo em circunstâncias normais da sua vida e que tende a prevalecer mesmo em situações de crise. Carver e Scheier (2002) vão na mesma direção, defendendo que não apenas o otimismo, mas também o pessimismo são características da personalidade do indivíduo, que influenciam a forma como este orienta os acontecimentos da sua vida.

Independentemente do pessimismo ser o oposto do otimismo ou ser uma variável parcialmente independente do mesmo (Barros, 1998), pode dizer-se que, de um modo geral, os otimistas são pessoas que esperam que acontecimentos agradáveis lhes aconteçam, enquanto os pessimistas são aqueles que esperam o oposto.

O otimismo está associado ao estilo exploratório, à felicidade, ao bom humor, à esperança, à resiliência, à saúde física, entre outros, ao passo que o pessimismo está

articulado com a depressão, a infelicidade, a desesperança, a vulnerabilidade face às adversidades, à doença ou até mesmo à morte (Barros, 2004). Contudo, ser otimista não significa irrefutavelmente não ser pessimista, assim como ser feliz não significa uma completa ausência de mal-estar (Barros, 2004).

As pessoas otimistas diferem no modo como vivenciam os problemas, os desafios e na forma como lidam com o sucesso obtido perante as adversidades. Já as pessimistas esperam sempre resultados pouco positivos e demonstram sentimentos negativos, como a culpa, o medo, a ansiedade, a tristeza e o desespero (Carver & Scheier, 2002). Neste sentido, é fácil conceber que o otimismo se deva relacionar com baixos níveis de depressão e com elevados níveis de bem-estar psicológico (Carver e Scheier, 2002).

Além disso, Scheier e Carver (2002) defendem que as pessoas otimistas persistem em atingir os seus propósitos, ao passo que os pessimistas demonstram uma tendência para desistir dos seus próprios objetivos. Quando confrontados com um desafio, independentemente do tipo de desafio, os otimistas tendem a ter uma postura de confiança e persistência, mesmo que o progresso seja lento e difícil. Por sua vez, os pessimistas tendem a ser mais inseguros e hesitantes, sobretudo em condições de adversidade (Carver & Scheier, 2002).

Segundo Velden et al. (2007), em situações stressantes, o otimismo disposicional é tido como um mecanismo muito importante para a resolução dos problemas e adaptação às novas condições de vida. Será útil, portanto, em situações extremas como o caso de ataques terroristas ou de doenças graves, como o cancro.

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) sustentam que indivíduos muito otimistas e com elevados níveis de esperança fornecem a si mesmos informações pouco favoráveis à sua doença, conferindo-lhes maior preparação para enfrentarem a realidade em que se encontram.

Apesar de McGregor et al. (2004, *cit. in* Melo, 2009) sustentarem que as mulheres mais otimistas sobrestimam menos o seu risco de vir a desenvolver cancro da mama (o que nem sempre é positivo), existe literatura que aponta para a presença de uma relação inversa entre níveis de otimismo e níveis de medo da referida doença (Melo, 2009).

Num estudo de Segerstrom e Nes (2005, *cit. in* Pedro, 2007), os otimistas são vistos como mais persistentes/resistentes para enfrentar as dificuldades que surgem na sua saúde, tendo maior controlo de sintomas como a fadiga ou a dor, típicos em doentes com cancro. Carver et al. (1993), ao estudarem mulheres com cancro de mama, concluíram que o

otimismo estava relacionado de forma inversa com o *distress*, estando altos valores de otimismo associados a menor *distress*. David, Montgomery, e Bovbjerg (2006) vão no mesmo sentido, ao verificaram que existe menos *distress* no dia da cirurgia em doentes com cancro da mama mais otimistas. Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik, e Karesen (2004) constataram, no seu estudo, que o pessimismo foi o mais forte preditor individual para a morbilidade emocional em doentes com cancro da mama, um ano após a cirurgia ao seio.

No mesmo sentido Carver & Scheier (2002, *cit. in* Pedro, 2007), sustentam que, face às adversidades, os otimistas adotam planos de estratégia centrados na resolução de problemas, idealizam planos de recuperação, procuram mais informações e reformulam estratégias de modo a atingir o máximo de sucesso. Assim, tornam-se mais resistentes a sintomas de depressão, são vistos como mais felizes com a vida que levam, recorrem frequentemente ao humor e têm mais prazer com o suporte dados pelas pessoas próximas. Em situações de doença, são indivíduos cujas alterações da saúde física têm menor impacto e têm mais facilidade em perceber o seu bem-estar emocional.

1.3. A autoestima e a imagem corporal

Segundo Vaz Serra (1988, *cit. in* Menezes, 2008), a autoestima e a imagem corporal são duas facetas de um construto mais abrangente, o autoconceito. Para este autor, o autoconceito consiste na perceção que um indivíduo tem de si em relação às mais variadas facetas, quer sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica. Podemos falar, então, em vários tipos de autoconceito: emocional, social e físico (sendo este último alusivo à aparência e às aptidões físicas).

A autoestima pode ser interpretada como o valor atribuído ao *self* (Berterö, 2002). Segundo Vaz Serra (1988^a), citado em Menezes (2008), a autoestima é resultado dos processos de avaliação que o indivíduo faz em relação às próprias qualidades, desempenhos, virtudes ou valor moral. É o resultado dos julgamentos feitos sobre si, de onde advêm atribuições boas ou más, feitas a aspetos relevantes da sua identidade. Se uma pessoa tiver sucesso numa tarefa que valoriza, há um aumento na autoestima, mas se, pelo contrário, errar, há um abalo na autoestima, que é tanto maior quanto mais importante for a tarefa para a pessoa.

A imagem corporal, por sua vez, deve ser encarada como um constructo que engloba o que se sente, pensa, percebe e faz em relação ao próprio corpo (Manos, Sebastián, Bueno, Mateos, & de la Torre, 2005). Segundo Fobair et al. (2006), a imagem corporal é encarada como a imagem mental de um corpo, uma atitude sobre o *self* físico, a condição de saúde e a aparência, a integridade, a sexualidade e o funcionamento normal.

Silva e Mamede (1998, *cit. in* Amâncio, Santana, & Costa, 2007) ressaltam que a imagem corporal e a autoestima estão intimamente inter-relacionadas e são influenciadas pelas condições psicoespirituais, socioeconômicas e emocionais da família, pelo ambiente social e pela filosofia de vida. Quando vividas satisfatoriamente, essas condições podem refletir-se significativamente na vida do ser humano, seja pela aparente segurança interior, seja pela confiança nas relações interpessoais ou pela esperança e disposição necessária à manutenção da vida e do impulso criativo.

A autoestima é uma variável relevante na resposta psicossocial ao cancro, pelo facto de haver evidências de que o significado corporal se altera após a experiência de cancro da mama (Baxter et al., 2006). De entre os vários tipos de cancro, o cancro da mama é aquele que provoca um maior efeito na imagem corporal feminina (Manos et al., 2005).

De facto, este tipo de cancro poderá acarretar efeitos bastante traumáticos. Para além de se tratar de uma doença com um prognóstico incerto, os tratamentos são geralmente bastante agressivos para a mulher (Ramos & Patrão, 2005), que se pode deparar com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações (Venâncio, 2004). A mama é vista como um dos maiores símbolos da sexualidade, fazendo com que qualquer patologia que a ameace acarrete uma perda de autoestima, sentimentos de inferioridade e de rejeição (Ramos & Patrão, 2005). Além disso, trata-se de um órgão associado a várias outras esferas da vida da mulher, como a feminilidade e a maternidade (Silva et al., 2004).

Para além da ameaça ao seio, os tratamentos complementares e respetivos efeitos secundários podem causar ainda náuseas, vômitos, alopecia, alterações do ciclo menstrual, maior risco de infeções, aparecimento de feridas na boca, sangue pisado, amenorreia, secura vaginal, anemia, infertilidade, entre outros aspetos, afetando ainda mais o sentimento de identidade da mulher (Ogden, 2004; Silva et al., 2004; Silva, 2008).

As mudanças físicas relacionadas com a desfiguração da mulher e a dificuldade que esta tem em adaptar-se às próteses, para além de alterar a sua autoimagem, normalmente conduzem a repercussões nos seus relacionamentos interpessoais, sobretudo, nas suas relações íntimas e sexuais (Berterö, 2002)

Tendo em conta a relevância da aparência física para as mulheres de várias culturas, é fácil compreender o que estas sentem quando veem a sua autoestima afetada. No caso das mulheres cuja autoestima é baseada exclusivamente na imagem corporal, torna-se ainda mais complicado quando se deparam com as alterações físicas ou deformações decorrentes de doenças como o cancro (Manos et al., 2005).

Num estudo de Carver et al. (1998), as mulheres que se viam a si mesmas como sendo alguém que investia fortemente na sua aparência reportaram maior *distress* antes e um ano após a cirurgia, quando comparadas com mulheres que investiam menos na sua aparência.

Num outro estudo, Ashcroft, Leinster, e Slade (1985), concluem que as mulheres que optam por formas menos radicais de tratamento estão mais preocupadas com o impacto do tratamento na sua imagem corporal e, conseqüentemente, a sua autoestima estaria mais dependente dos aspetos relacionados com a sua imagem corporal, quando comparadas com as mulheres mastectomizadas.

Sabendo que para as mulheres com cancro, o impacto psicológico de perder um seio (numa mastectomia) ou parte dele (numa tumorectomia) pode produzir um efeito arrasador nas suas vidas (Trill & Goyanes, 2003, *cit. in* Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007), alguns autores preocuparam-se com a influência do tipo de cirurgia na imagem corporal. Avis et al. (2004) encontraram uma associação entre mastectomia e problemas com a imagem corporal. As mulheres que efetuaram este tipo de cirurgia e que não foram submetidas a reconstrução, apresentavam mais problemas ao nível da imagem corporal do que as que realizaram reconstrução.

No mesmo sentido, vários estudos sustentam que as mulheres com cancro da mama que realizam cirurgia conservadora apresentam uma imagem corporal mais positiva do que as que realizam mastectomia (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009; Fallowfield, Baum, & Maguire, 1986; Fobair et al., 2006; Ganz, Schag, Lee, Polinsky, & Tan, 1992; Manos et al., 2005; Sebastián et al., 2007).

Uma possível explicação para tais resultados poderá incidir nas palavras de Silva et. al (2004), ao defenderem que quanto maior for a mutilação, mais traumático será o seu efeito na mulher. Deste modo, ao vivenciarem alterações mais significativas na sua imagem corporal, as mulheres mastectomizadas tendem a sofrer um maior número de sequelas.

1.4. A depressão

A depressão caracteriza-se pelo incremento excessivo de sensações diárias que acompanham a tristeza. É considerada uma perturbação do humor, que pode variar na sua gravidade e duração. Poderá ser recorrente e vir acompanhada por vários sintomas quer mentais, quer físicos, que envolvem não apenas o pensamento, mas também a própria capacidade crítica e os impulsos (Wilkinson, Moore, & Moore, 2003).

Normalmente a depressão é reconhecida pela manifestação de alguns dos seguintes sintomas: humor triste persistente, perda de prazer e interesse pelas atividades diárias, perda de energia e fadiga, perturbações do sono, anorexia e emagrecimento (raramente o oposto), diminuição da eficiência, dificuldades de concentração e de tomada de decisões, sentimentos de culpa, diminuição da libido. Podem surgir também sintomas de ansiedade, lentificação e irritabilidade. Numa depressão grave, poderão manifestar-se os seguintes sintomas: ideação, planos ou até mesmo tentativas de suicídio, recusa da alimentação e ideação delirante acompanhada ou não de alucinações (Wilkinson et al., 2003).

Perante um diagnóstico de cancro, muitas pessoas ficam inicialmente em choque e entram em negação. Depois surge a ansiedade, a raiva e a depressão. Se na maioria dos casos estas reações tendem a dissipar-se nas semanas que se seguem ao diagnóstico, para uma minoria considerável de doentes a realidade é diferente, visto desenvolverem desordens psicológicas persistentes (Moorey & Greer, 2002). Neste sentido, a depressão aparece como um dos distúrbios psicológicos mais usuais na população com cancro (Moorey & Greer, 2002; Pimentel, 2006; Sebastián, et al., 2007). Daí o papel de variáveis psicológicas como a ansiedade e a depressão na progressão da doença e na sua evolução clínica ter recebido muita atenção por parte da comunidade científica (Rodgers, Martim, Morse, Kendell, & Verrill, 2005).

Sabe-se que doentes com cancro frequentemente vivenciam situações de desamparo, de desespero, de isolamento, têm crises de choro e até mesmo sentimentos de culpa em relação a comportamentos anteriores de risco, podendo estes atingir níveis de significado clínico (Lopes, 2004).

Os doentes sentem-se angustiados e deprimidos pela incerteza do futuro, mas também por necessitarem de fazer o luto da vida saudável que tinham. A depressão está assim associada ao desânimo, à desesperança, à melancolia e à sensação de perda (Albergaria, 2008).

Relativamente a mulheres com cancro da mama, pode dizer-se que o diagnóstico da doença funciona como um *stressor* significativo para a mesma. Tal poderá acontecer devido ao número elevado de mulheres que morrem com esta doença, apesar do seu tratamento ter vindo a evoluir (Wong-Kim & Bloom, 2005).

Sabe-se que a quimioterapia e a mastectomia estão muito associadas a elevados valores de ansiedade e depressão, ao passo que a radioterapia está mais comumente associada às náuseas e à fadiga. Todavia, é extremamente difícil distinguir se estes sintomas são devidos à doença e respetivo tratamento ou se são sintomas depressivos (Moorey & Greer, 2002).

Pinho, Campos, Fernandes, e Lobo (2007) defendem ainda que a depressão tende a surgir associada à própria imagem da mulher construída em pensamentos (após a realização da cirurgia) e à preocupação com a opinião dos filhos, do marido e dos restantes familiares sobre a sua nova imagem.

Os dados sobre a prevalência de depressão em doentes portadores de cancro são contraditórios. Por um lado, o estudo de Montazeri et al. (2000) com mulheres com cancro da mama sustenta que a grande maioria das participantes não evidenciou sintomas severos de depressão antes do diagnóstico (62%) e depois (64%), ao passo que um número relativamente pequeno de mulheres demonstrou sérios sintomas depressivos.

Por outro lado, uma revisão meta-analítica de 58 estudos, de 1980 a 1994, examinou o cancro e consequentes sequelas psicológicas, chegando à conclusão que os doentes com cancro estão mais deprimidos, quando comparados com sujeitos saudáveis (Ritterband & Spielberger, 2001).

Há alguns estudos sobre a depressão em mulheres com cancro da mama, tendo em conta o tipo de tratamento. Neste sentido, ao compararem as reações psicológicas de mulheres mastectomizadas com as de mulheres submetidas a uma tumorectomia, Holland e Rowland (1989, *cit. in* Rebelo et al., 2007) aferiram que as primeiras sofriam mais de depressões, mostravam mais dificuldades em lidar com a sua sexualidade e sentiam-se menos atrativas. As mulheres tumorectomizadas conservavam a sua imagem corporal e a sua identidade feminina, tendo mais facilidade em conversar sobre a doença, ainda que permanecessem dúvidas relativamente à sua identidade sexual e à sua adaptação.

O estudo de Reich, Lesur, e Perdrizet-Chevallier (2008) vai no mesmo sentido, constatando que as mulheres tratadas com mastectomia desenvolvem mais depressão do que as mulheres que foram submetidas a tumorectomia.

Por outro lado, Lueboonthavatchai (2007) encontrou uma diferença muito reduzida ao nível da morbilidade psiquiátrica entre doentes mastectomizadas e tumorectomizadas. Fallowfield et al. (1986), por sua vez, não encontraram diferenças significativas entre as doentes tratadas por estes dois tipos de cirurgias no que toca a depressão, perturbações de ansiedade e problemas sexuais. Já no que diz respeito à autoimagem, registaram diferenças significativas, a favor das mulheres submetidas a cirurgia conservadora. Estes autores justificam o facto das mulheres tumorectomizadas puderem apresentar uma pontuação depressiva mais elevada do que as mastectomizadas, com a preocupação que estas mulheres apresentam em relação à possibilidade dos cirurgiões não terem conseguido remover todo o tumor, sentindo-se evadidas pelo medo de uma futura recidiva.

Também Wong-kim e Bloom (2005) não encontraram diferenças significativas nos índices depressivos em função do tipo de cirurgia. Contudo, concluíram que as mulheres mais jovens que vivenciam níveis mais elevados de dor, bem como baixos níveis de autoestima e de suporte social tendem a manifestar mais sintomas significativos de depressão.

Por outro lado, segundo Schou et al. (2004), a escolha ativa das doentes quanto ao tipo de cirurgia a realizar acaba por não ter influência nos valores depressivos evidenciados. Os referidos autores não encontraram diferenças significativas quanto à morbilidade emocional entre mulheres a quem foi permitida a escolha sobre o tipo de cirurgia a realizar e a quem não foi permitido fazer tal opção.

1.5. A satisfação com a vida

Tendo a satisfação com a vida sido várias vezes referida ao longo deste trabalho, essencialmente associada a outras variáveis positivas, e sendo necessário estudar uma variável que permitisse avaliar a adaptação da mulher com cancro à doença, optou-se por incluí-la no conjunto das variáveis principais deste estudo.

Neste sentido, torna-se importante esclarecer que a satisfação com a vida é parte integrante de um constructo mais abrangente, designado por Bem-Estar Subjetivo (BES). O Bem-Estar Subjetivo pode ser definido através das avaliações cognitivas e afetivas que o indivíduo faz em relação à própria vida (Diener, Lucas, & Oishi, 2002).

Para além da satisfação com a vida, o BES integra também outras duas componentes: o afeto positivo e o afeto negativo (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Ao passo que estas

últimas componentes se referem a aspetos mais afetivos e emocionais, a satisfação com a vida refere-se ao juízo cognitivo (Neto, 1993). Segundo Diener et al. (1985), a satisfação com a vida refere-se às atribuições do indivíduo em relação à própria vida, a partir das quais desenvolve um juízo cognitivo crítico.

O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener et al., 1985). Assim sendo, torna-se importante aceder aos juízos de valor feitos pelas doentes com cancro da mama em relação à sua existência, uma vez que estes poderão ser úteis para perceber o impacto do cancro e respetivo tratamento na sua adaptação à doença.

1.6. O presente estudo empírico

O estudo que a seguir se apresenta pretende analisar a influência do sentido de vida, do otimismo, da imagem corporal e da depressão na adaptação à doença de mulheres com cancro da mama. Pretende ainda analisar as referidas variáveis em função do tipo de cirurgia.

1.6.1. Pertinência do estudo

O cancro da mama é das neoplasias que tem recebido mais atenção por parte da literatura, muito por ser considerada a primeira causa de morte feminina por cancro nos países industrializados (Narváez et al., 2008). O interesse pelo estudo desta patologia advém não só dos seus níveis de mortalidade, mas também do seu impacto na mulher.

Pode dizer-se que o sentido de vida é uma variável positiva crucial para a saúde e para o alívio do sofrimento (Kraus et al., 2009). Assim, tendo em conta que a população a estudar é constituída por um grupo de mulheres com cancro da mama e sendo esta uma doença complexa, que as coloca “no limiar entre a vida e a morte” (Silva et al., 2004) e que lhes provoca grande sofrimento, torna-se interessante observar se estas mulheres têm algum propósito ou missão de vida conscientes que orientem o seu percurso, isto é, se denotam algum propósito ou interesse em viver (Guerra, 1992). Tal é importante, porque o

sentido de vida é tido como mais urgente para as vítimas e sofredores, uma vez que a necessidade de reduzir o sofrimento é superior nestas pessoas (Baumeister & Vohs, 2002).

Por outro lado, o otimismo é considerado um mecanismo útil para a resolução de problemas e para a adaptação a novas condições de vida, como é o caso de um diagnóstico de cancro (Velden et al., 2007). Assim sendo, torna-se importante estudar o otimismo, de modo a perceber se este dita a diferença na forma como as participantes se adaptam à doença e respetivo tratamento.

Além disso, o diagnóstico de cancro da mama e respetivo tratamento constituem uma situação stressante, não só do ponto de vista físico, mas sobretudo do ponto de vista psicológico. As doentes têm de adaptar-se às várias perdas com que se deparam, como são o caso das alterações da sua imagem corporal e os sentimentos que estas acarretam (Sebastián et al., 2007). Daí o interesse em estudar a imagem corporal e a depressão, sendo esta última vista como uma resposta habitual ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama (Gaston-Johansson, Fall-Dickson, Bakos, & Kennedy, 1999).

Dos vários tipos de cancro, o cancro da mama é aquele que provoca um maior efeito na imagem corporal feminina (Manos et al., 2005). Tanto as mulheres mastectomizadas como as tumorectomizadas veem o seu corpo ser alterado de forma abrupta, o que acaba por ter um grande impacto na sua identidade pessoal, sobretudo porque se está a lidar com um órgão altamente investido de representações (Venâncio, 2004).

Contudo, na maioria dos casos, as alterações corporais não se cingem apenas ao seio lesado. A alopecia, as náuseas, o emagrecimento/aumento de peso, as queimaduras nas zonas irradiadas, a secura vaginal, etc. contribuem para fragilizar ainda mais a imagem corporal da mulher com cancro. Assim, sendo de interesse estudar a avaliação que estas mulheres fazem da sua aparência corporal nesta etapa das suas vidas, a imagem corporal torna-se uma variável imprescindível para este estudo.

Por último, sendo necessário estudar uma variável que permitisse avaliar a adaptação da mulher com cancro à doença e tendo em conta que a satisfação com a vida foi supramencionada frequentemente ao longo do racional teórico, optou-se por incluir a satisfação com a vida no conjunto das variáveis principais deste estudo. Será, portanto, através dos seus resultados que se analisará a adaptação da amostra à doença.

1.6.2. Objetivos e hipóteses de investigação

1.6.2.1. Objetivos

a) Objetivos gerais:

- Estudar a relação entre as variáveis sentido de vida/otimismo/imagem corporal/depressão e satisfação com a vida em mulheres com cancro da mama;
- Comparar o sentido de vida, o otimismo, a imagem corporal, a depressão e a satisfação com a vida entre mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas.

b) Objetivos específicos:

- Caracterizar o nível sociodemográfico e clínico deste grupo de doentes.
- Caracterizar o sentido de vida, o otimismo, a imagem corporal, a incidência de sintomas depressivos e a satisfação com a vida das participantes.
- Analisar a relação entre algumas variáveis demográficas/clínicas e psicológicas (sentido de vida/otimismo/a imagem corporal/a depressão) com a satisfação com a vida das participantes.
- Identificar possíveis diferenças entre doentes mastectomizadas e tumorectomizadas relativamente às diversas variáveis.

1.6.2.2. Hipóteses

Foram então definidas as seguintes hipóteses:

H1 – As mulheres com cancro de mama com maior sentido de vida, mais otimistas, com melhor imagem corporal e com menos sintomas depressivos têm uma melhor adaptação à doença (medida pela satisfação com a vida).

Esta hipótese foi elaborada tendo por base vários contributos, nomeadamente:

- De Kraus et al. (2009) e de Scheier et al. (2006). Estes autores sustentam que ter mais sentido tem sido positivamente associado a medidas de funcionamento psicológico saudáveis, como a autenticidade, a satisfação com a vida, etc.
- De Carver e Scheier (2002, *cit. in* Pedro, 2007), quando defendem que os mais otimistas, entre outros aspetos, são mais resistentes a sintomas de depressão, são vistos como mais felizes com a vida que levam e recorrem mais frequentemente ao humor.
- De Silva et al. (2004), ao defenderem que em casos de cancro, quanto maior for a mutilação, mais traumático será o seu efeito na mulher e maiores serão as sequelas. Tendo

em conta que estas sequelas podem afetar várias áreas da vida das doentes, acreditamos que possam interferir na sua satisfação com a vida.

- Guidano e Liotti (1983), ao sustentarem que as pessoas deprimidas normalmente apresentam como aspetos cognitivos uma visão negativa de si, do mundo e do futuro. Se a satisfação com a vida é um juízo cognitivo ou de valor sobre a nossa própria existência, deduzimos uma possível associação negativa entre depressão e satisfação com a vida, no sentido em que as pessoas mais deprimidas devem apresentar uma visão negativa da sua própria existência.

H2 – As mulheres mastectomizadas apresentam uma maior perturbação na sua imagem corporal do que as mulheres tumorectomizadas.

Esta hipótese tem por base, por exemplo, os estudos de Fallowfield et al. (1986) e de Sebastián et al. (2007), nos quais se avaliou a imagem corporal em função do tipo de cirurgia e nos quais se comprovou que as doentes que realizaram cirurgia conservadora apresentam uma imagem corporal mais positiva do que as mastectomizadas.

H3 – As mulheres mastectomizadas apresentam níveis de depressão mais elevados do que as mulheres submetidas a tumorectomia.

Esta hipótese tem como sustentação teórica o estudo de Reich et al. (2008), no qual se constata que as mulheres tratadas com mastectomia desenvolvem mais depressão do que as mulheres que foram submetidas a tumorectomia.

H4 – As mulheres mastectomizadas apresentam uma menor satisfação com a vida do que as mulheres tumorectomizadas.

Apesar de não termos encontrado estudos que defendam a existência de uma menor satisfação com a vida por parte das mulheres mastectomizadas, os estudos anteriormente mencionados de Fallowfield et al. (1986), de Sebastián et al. (2007) e de Reich et al. (2008) poderão, de alguma forma, levar à formulação desta hipótese. Deste modo, pensamos que os valores mais elevados de depressão e de perturbação na imagem corporal encontrados pelos referidos autores em mulheres mastectomizadas, podem afetar a sua satisfação com a vida de forma negativa comparativamente às mulheres tumorectomizadas.

2. Método

2.1. Caracterização da amostra

2.1.1. Caracterização sociodemográfica

De seguida, passaremos a fazer a caracterização sociodemográfica da amostra em função da idade, do estado civil, do agregado familiar, dos anos de escolaridade e da situação profissional atual das participantes.

A amostra é constituída por 55 mulheres, com idades compreendidas entre os 32 e os 79 anos ($M = 54.33$; $DP = 11.03$) submetidas a intervenção cirúrgica no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial.

A amostra é formada por dois grupos distintos, um constituído por 26 mulheres submetidas a tumorectomia, cuja média de idades é de 55.31 ($DP = 8.33$), outro constituído por 29 mulheres submetidas a mastectomia, cuja média de idades é de 53.45 ($DP = 13.08$).

Das 55 participantes, 15 enquadram-se na condição que abarca todas as seguintes categorias: solteira, separada, divorciada ou viúva, ao passo que as restantes 40 participantes são casadas ou vivem em união de facto. No que respeita ao agregado familiar, as opções mais identificadas foram: residir com o cônjuge/companheiro (29.1%) e residir com cônjuge/companheiro e filho(s) (48.1%). Contudo, 9.1% das participantes revelou que residia sozinha, 11% revelou que residia com os filhos e 9.1% revelou que o seu agregado familiar não correspondia a nenhuma das situações atrás mencionadas.

A média de anos de escolaridade completos da amostra é de 8.09 ($DP = 4.96$), tomando a mediana o valor de 6.00. Sabe-se ainda que 45.5% das participantes apenas estudou até ao quarto ano de escolaridade e que a participante com maiores habilitações literárias estudou 21 anos.

No que respeita à situação profissional atual, como seria de esperar, grande parte da amostra encontrava-se de baixa/atestado médico no momento da avaliação (53.2%). Mesmo assim, várias participantes assinalaram outra situação profissional: 7.3% das participantes revelou estar ativa no momento da avaliação, 3.6% estava desempregada, 1.8% das participantes nunca trabalhou, 18.2% era doméstica e 23.6% da amostra era reformada.

2.1.2. Caracterização clínica

Na caracterização clínica da amostra ter-se-á em conta as seguintes variáveis: tipo de cirurgia, tempo decorrido desde o diagnóstico até ao momento da avaliação e a presença/ausência de tratamentos complementares (ver Quadro 1).

Quadro 1

Características Clínicas da Amostra

Variáveis	Amostra total (N = 55)	Tumorectomizadas (n = 26)	Mastectomizadas (n = 29)
Tipo de cirurgia			
%		47.3	52.7
Tempo de diagnóstico (meses)			
Média	3.03	2.63	3.38
DP	2.05	1.03	2.62
Mediana	2.00	2.00	2.50
Mínimo; Máximo	0.5;10	1;5	0.5;10
Tratamento complementar			
Nenhum			
N ou n	47	26	21
%	85.5	100	72.4
Quimioterapia neoadjuvante			
N ou n	5	0	5
%	9.1	0	17.2
Reconstrução			
N ou n	3	0	3
%	5.5	0	10.3

Relativamente ao tipo de cirurgia, verifica-se que 47.3% das participantes realizou tumorectomia, ao passo que 52.7% foi submetida a mastectomia.

No momento da avaliação, todas participantes se encontravam nos primeiros dias de pós-operatório, por estarem no recobro da tumorectomia ou da mastectomia (3 das mulheres mastectomizadas foram também submetidas a reconstrução mamária).

Sabe-se ainda que na amostra total o tempo decorrido desde a receção do diagnóstico até o momento da avaliação variou entre duas semanas e dez meses. No grupo das doentes tumorectomizadas, o tempo de diagnóstico varia de 1 a 5 meses, com um valor médio de 2.63 ($DP = 1.03$). Por sua vez, no grupo das mastectomizadas, o tempo de diagnóstico varia de duas semanas a dez meses, sendo a média do tempo decorrido de 3.38 ($DP = 2.62$).

No que respeita aos tratamentos complementares, apenas 9.1% da amostra total realizou quimioterapia neoadjuvante, ao passo que 5.5% optou por realizar a cirurgia reconstrutora. Assim sendo, à exceção destes dois tipos de tratamentos, nenhum outro tratamento complementar foi efetuado.

2.2. Instrumentos

Os instrumentos administrados às participantes são todos de autopreenchimento.

Antes da aplicação dos instrumentos propriamente ditos, assinou-se a Declaração de Consentimento (Anexo A). De seguida, aplicou-se um Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos, a Escala de Auto-Atualização-SV (subdimensão Sentido de Vida), a Escala de Optimismo, a *Body Image Scale* (BIS), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e a Escala de Satisfação com a Vida (ESV).

2.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos (cf. Anexo B) é composto por duas partes distintas.

Como o próprio nome indica, a primeira parte do questionário pretende recolher informações sociodemográficas das participantes para a caracterização da amostra. Esta é composta por cinco questões, que abordam temáticas como a idade, o estado civil, os anos de escolaridade, a situação profissional atual e o agregado familiar.

Por sua vez, a segunda parte é composta apenas por duas questões, cujo objetivo é a recolha de informações sobre a história clínica das doentes. São abordados: o tempo decorrido desde o diagnóstico, a cirurgia realizada e os tratamentos complementares a que as doentes possam ter sido submetidas.

2.2.2. Escala de Auto-Atualização-Sentido de Vida (SV)

A Escala de Auto-Atualização-SV (cf. Anexo C) é um instrumento de autorresposta desenvolvido por Guerra, em 1992, que está integrado numa outra escala mais abrangente, implementada pela mesma autora: a Escala de Auto-Atualização.

A Escala de Auto-Atualização é um instrumento de medida que abrange quatro dimensões essenciais: sentido de vida, vida criativa, orientação interior e dimensão

existencial, sendo todas elas imprescindíveis à sua caracterização (Guerra, 1992). Já a Escala de Auto-Atualização-SV tem como objetivo medir o sentido de vida, a partir da opinião relativamente a algumas afirmações. As questões, mesmo baseadas em conceitos teóricos, estão formuladas de forma a serem acessíveis a participantes com idade igual ou superior a 18 anos e um grau de escolaridade superior ao 4º ano (Guerra, 1992).

Embora inicialmente tenha sido proposta uma Escala de Auto-Atualização com 33 itens, estando estes organizados consoante as quatro dimensões já referidas (9 itens contemplavam o sentido de vida, 7 itens a vida criativa, 10 itens a orientação interior e 7 itens a dimensão existencial), após a realização de uma análise fatorial, chegou-se à conclusão que apenas 8 itens caracterizavam o sentido de vida. Deste modo, o item 9 da escala original passou somente a ser contabilizado para o total da escala, não sendo considerado para a dimensão sentido de vida.

Quanto à Fidelidade, o coeficiente de alfa obtido para a escala geral foi de 0.84, sendo este satisfatoriamente ilustrativo da precisão do instrumento. No que respeita à Subescala de Sentido de Vida, também se obteve um coeficiente de alfa com um valor significativo de fiabilidade (0.76) (Guerra, 1992).

Relativamente às respostas aos itens, estas são dadas numa escala de tipo Likert, de 5 pontos, cujas alternativas de resposta são: *concordo muito*, que assume o valor de 1; *concordo*, que assume o valor de 2; *não tenho a certeza*, que assume o valor de 3; *discordo*, que assume o valor de 4; e *discordo muito*, que assume o valor 5.

Esta escala é tida como sendo de fácil correção. A cotação é feita de 1 a 5, havendo concordância nos itens de formulação negativa, em que o 1 corresponde a 1, 2 corresponde a 2, 3 corresponde a 3, 4 corresponde a 4 e 5 corresponde a 5. A cotação deverá ser convertida para os itens de formulação positiva, em que o 1 corresponde a 5, o 2 corresponde a 4, o 3 corresponde a 3, o 4 corresponde a 2 e o 5 corresponde a 1. A cotação passa, então, pelo somatório de todas as respostas, podendo variar de 8 a 40 pontos, sendo o 8 o valor mínimo de sentido de vida e o 40 o valor máximo.

2.2.3. Escala de Optimismo

A Escala de Optimismo (cf. Anexo D) é um instrumento de autorresposta desenvolvido por Barros, em 1998. Atualmente, contém somente 4 itens, uma vez que, após uma análise fatorial, foram retirados alguns itens iniciais cuja saturação era inferior a 0.50 (Barros, 1998).

Quanto ao objetivo desta escala, pode dizer-se que consiste na avaliação do otimismo, a partir de algumas atitudes das pessoas face ao futuro.

As respostas aos itens são dadas numa escala de tipo Likert, de 5 pontos, cujas alternativas de resposta são: *totalmente em desacordo (absolutamente não)*, que assume o valor de 1; *bastante em desacordo (não)*, que assume o valor de 2; *nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos)*, que assume o valor de 3; *bastante de acordo (sim)*, que assume o valor de 4; e *totalmente de acordo (absolutamente sim)*, que assume o valor 5 (Barros, 1998). A cotação passa pelo somatório de todas as respostas, podendo variar de 4 a 20 pontos, sendo o 4 o valor mínimo e o 20 o valor máximo de otimismo.

No que respeita às características psicométricas da escala, pode dizer-se que, após a já referida análise fatorial, permaneceram apenas quatro itens, os quais obtiveram uma saturação superior a 0.60. No que respeita à consistência interna, a escala obteve um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.75, que não sendo um valor extremamente elevado, é considerado suficiente para confirmar a fidelidade da escala (Barros, 1998). Assim, partindo da análise fatorial e do índice de consistência, pode dizer-se que a escala, mesmo sendo breve, apresenta razoáveis qualidades psicométricas para avaliar o otimismo.

Barros de Oliveira (1998), no seu estudo original subjacente à construção desta escala, recorreu a uma amostra composta por 742 jovens, tendo esta sido distribuída por quatro grupos: um, constituído por 202 estudantes portugueses do 12º ano; o segundo, por 120 estudantes universitários portugueses; o terceiro, por 285 estudantes cabo-verdianos do ensino complementar; e, por último, 135 alunos cabo-verdianos do ensino superior. Desta amostra, 306 eram rapazes e 436 eram raparigas. A média de idades era de 19 anos.

Barros de Oliveira (1998) procedeu à análise de variância (*one way*) para avaliar se havia diferenças significativas relativamente à Nação, ao sexo e ao nível de escolaridade. Quanto à Nação, verificou-se uma diferença altamente significativa, sendo os portugueses mais otimistas. No que respeita ao sexo e ao ensino não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

2.2.4. *Body Image Scale*

A BIS (cf. Anexo E) é um instrumento de autorresposta com 10 itens desenvolvido por Hopwood et al. (2001), e adaptado por Samico (2007) para a população oncológica portuguesa, cujo objetivo consiste na avaliação das mudanças corporais ocorridas na sequência de uma doença oncológica.

A BIS mede o impacto da cirurgia e restantes tratamentos na autoperceção, a satisfação com o corpo e possível cicatriz, a atratividade (física e sexual), a integridade corporal e comportamentos de evitamento, podendo ser aplicada a todos os doentes oncológicos, independentemente da localização do tumor, do estágio da doença ou do tratamento efetuado (Samico, 2007).

As respostas aos itens são dadas numa escala de tipo Likert, de 4 pontos, cujas alternativas de resposta são então *de modo algum* que assume o valor de 0, *um pouco* que assume o valor de 1, *moderadamente* que assume o valor de 2 e *muito* que assume o valor de 3. A cotação passa pelo somatório das respostas, podendo variar de 0 a 30 pontos. Quanto menor pontuação se obtiver, menos serão os sintomas de perturbação da imagem corporal, partindo do princípio que o 0 revela uma ausência de sintomas. Uma pontuação elevada é sinónimo de perturbação na imagem corporal (Samico, 2007).

Relativamente às características psicométricas, pode dizer-se que a escala apresenta uma boa consistência interna tanto na versão original, como na portuguesa, apresentando em ambas um alfa de *Cronbach* de 0.93. Da análise fatorial resultou um fator único, sendo a escala unifatorial (Samico, 2007).

Samico (2007), ao validar e adaptar a BIS para a população portuguesa, recorreu a uma amostra de 50 mulheres com cancro da mama, sendo 25 mulheres mastectomizadas e outras tantas tumorectomizadas. Os resultados obtidos demonstraram uma diferença significativa nos valores de perturbação da imagem corporal entre os dois grupos de participantes, tendo as mulheres mastectomizadas índices mais elevados na BIS. A amostra total apresentava uma pontuação média na BIS de 10.48 pontos ($DP = 8.57$), as mulheres submetidas a mastectomia apresentavam uma média de 15.53 pontos ($DP = 8.85$) e as tumorectomizadas uma média de 5.44 pontos ($DP = 4.33$).

2.2.5. *Hospital Anxiety and Depression Scale*

A HADS (cf. Anexo F) é um instrumento de autorresposta desenvolvido por Zigmond e Snaith, em 1983, e traduzido e adaptado à população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007), cujo objetivo consiste na avaliação dos níveis de ansiedade e de depressão em doentes com patologias físicas tratados em ambulatório.

Trata-se de um instrumento de rastreio do atual estado de humor dos sujeitos que separa os itens de ansiedade dos de depressão e exclui os sintomas que podem ser influenciados pela presença de distúrbios mentais e/ou doenças físicas e respetivos

tratamentos, como a fadiga, as dores de cabeça, as tonturas, etc. (Zigmond & Snaith, 1983). Neste sentido, a sua aplicação é muito frequente em contexto hospitalar, a pessoas que padecem de uma doença física, embora possa também ser aplicado a outras populações (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckmann, 2002, *cit. in* Pais-Ribeiro et al., 2007).

A HADS é constituída por duas subescalas, uma para medir a ansiedade e outra a depressão, cada uma com 7 itens (14 no total). Na resposta aos itens, os sujeitos devem assinalar, de entre quatro opções, aquela que melhor descreve a forma como se têm sentido na última semana. As respostas são dadas numa escala de tipo Likert, de 4 pontos, cujas alternativas de resposta variam de 0 (que corresponde à ausência de ansiedade/depressão) a 3 (que equivale à presença, com maior gravidade, de ansiedade/depressão).

Embora a HADS seja constituída por duas subescalas, a sua cotação é feita separadamente. Deste modo, a cotação de ambas as subescalas passa pelo somatório de todas as respostas, podendo variar de 0 a 21 pontos. Quando a pontuação varia entre 0 e 7 é sinónimo de ausência de ansiedade e/ou depressão, sendo considerada normal; quando varia entre 8 e 10, significa a presença de uma ansiedade e/ou depressão leve; quando varia de 11 a 14, constata-se a presença de uma sintomatologia ansiosa e/ou depressiva moderada; quando varia entre 15 e 21, constata-se uma sintomatologia ansiosa e/ou depressiva severa. Considera-se o valor 11 como ponto de corte para a presença de ansiedade e/ou depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Relativamente às propriedades psicométricas, obteve-se um alfa de *Cronbach* de 0.76 para a escala de ansiedade e um alfa de 0.81 para a escala de depressão, tidos como suficientes para confirmar a fidelidade das mesmas. Neste sentido, a HADS pode ser considerada um instrumento válido e consistente para a avaliação da ansiedade e da depressão em contexto hospitalar (Pais-Ribeiro et al., 2007).

No estudo de Pais-Ribeiro et al. (2007), que teve como objetivo desenvolver e avaliar as propriedades métricas da versão portuguesa da HADS, os autores recorreram a uma amostra sequencial constituída por 1322 participantes diagnosticados com cancro, avc, epilepsia, doença coronária, diabetes, distrofia miotónica, apneia obstrutiva do sono, depressão e por um grupo saudável. Como estão claramente discriminados o *n* e os índices depressivos dos doentes com cancro do referido estudo, e como o nosso estudo se centra nesta patologia, optou-se por apresentar apenas os resultados deste grupo de doentes. Tratava-se, portanto, de 98 doentes oncológicos, todos do sexo feminino, com uma média de idades de 58.10 e com um nível de escolaridade médio de 4.31 anos.

Verificou-se que 11.2% das doentes obteve uma pontuação acima do ponto de corte (11 pontos) na subescala da depressão, sendo o valor médio obtido de 5.89 pontos, representativo de ausência de sintomatologia depressiva.

2.2.6. Escala de Satisfação com a Vida

A ESV (cf. Anexo G) é um instrumento de autorresposta com apenas 5 itens, traduzido e adaptado à população portuguesa por Neto (1993), a partir da “*Satisfaction with life scale*” de Diener et al. (1985). O seu objetivo consiste na avaliação da satisfação com a vida enquanto um processo de juízo cognitivo (Neto, 1993), excluindo as componentes afetivas do bem-estar subjetivo.

As respostas aos itens são dadas numa escala de tipo Likert, de 7 pontos. As alternativas de resposta são: *fortemente em desacordo*, que assume o valor de 1, *desacordo*, que assume o valor de 2, *levemente em desacordo*, que assume o valor de 3, *nem de acordo nem em desacordo*, que assume o valor de 4, *levemente de acordo*, que assume o valor de 5, *acordo*, que assume o valor de 6 e *fortemente de acordo*, que assume o valor de 7 (Neto, 1993). Neste sentido, o resultado final da escala é obtido através da soma da cotação de todos os itens, podendo este variar entre 5 e 35, em que o 5 corresponde ao valor mínimo de satisfação com a vida e o 35 ao valor máximo (Neto, 1993).

Relativamente às características psicométricas, pode dizer-se que a escala apresenta uma consistência interna satisfatória tanto na versão original, como na portuguesa (0.87 e 0.78, respetivamente). Da análise fatorial resultou um fator único, apresentando uma variância de 66% na versão original (53.3% na versão portuguesa).

No estudo de Neto (1993), tendo por base a tradução e adaptação da *Satisfaction With Life Scale*, de Diener et al. (1985), para a população portuguesa, recorreu-se a uma amostra de 217 adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos (99 do sexo masculino e 118 do feminino). 104 adolescentes pertenciam a um meio sociocultural baixo e 113 aos meios médio e alto. Os resultados obtidos por Neto (1993) revelaram que os rapazes obtiveram uma média de satisfação com a vida de 25.03 pontos ($DP = 5.67$), ao passo que as raparigas obtiveram uma pontuação média de 23.24 pontos ($DP = 5.93$). Os adolescentes de meio sociocultural baixo apresentaram uma pontuação média de satisfação com a vida de 22.92 pontos ($DP = 5.59$), ao passo que os de meio sociocultural médio/alto apresentaram uma pontuação média de 25.10 pontos ($DP = 5.95$).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de seleção da amostra e de recolha dos dados

Antes de se iniciar a recolha de dados subjacente a este projeto de investigação, teve de se obter uma aprovação da Comissão de Ética do IPOFG, E. P. E. Tendo a Comissão de Ética aprovado a realização do estudo, agendou-se uma reunião com o Diretor da Clínica da Mama, tendo ficado acordado que o contacto com as doentes deveria ocorrer no Internamento, mais precisamente na fase do pós-operatório, por ser mais fácil controlar o tipo de cirurgia. Tal era possível, uma vez que nos era cedido, de véspera, uma listagem onde estavam discriminadas todas as cirurgias a realizar em determinados dias, das quais seleccionávamos apenas as que se enquadravam nos critérios de inclusão da amostra.

A recolha decorreu de novembro de 2010 a janeiro de 2011, tendo as condições de recolha sido idênticas para todas as participantes: havia sempre uma deslocação ao quarto onde a doente se encontrava no recobro da cirurgia, seguida de uma apresentação e explicação dos objetivos do estudo, assim como a garantia de confidencialidade relativamente às respostas dadas. Era ainda explicado que a participação no estudo era voluntária e que, portanto, ninguém era coagido a participar.

Apesar de ter sido sempre pedido às doentes que preenchessem os protocolos sozinhas, constatou-se que a maioria dos protocolos acabou por ser preenchida pelas investigadoras a pedido das doentes, devido ao cansaço e limitações físicas das mesmas. Deste modo, liam-se sempre as instruções calmamente e em voz alta, para que as doentes conseguissem perceber os itens dos questionários e dar a resposta mais espontânea. Contudo, em alguns casos surgiram dúvidas de compreensão relativamente a alguns itens, tendo sido necessário explicar o significado de determinadas palavras. Com consciência de que tal atitude pudesse vir a enviesar os resultados, procurou-se fornecer sinónimos das referidas palavras que soassem mais familiares, sem que se alterasse o sentido dos itens.

No total, foram preenchidos 71 protocolos, tendo sido eliminados 10 devido à pouca clareza de algumas respostas dada pelas participantes, nomeadamente sobre o tempo de diagnóstico (por se tratarem de recidivas ou de cirurgias profiláticas com reconstrução imediata) e ainda por existirem dúvidas quanto ao cancro ser ou não ser primário. Posteriormente excluíram-se mais 6 protocolos, pelo facto das participantes terem sido submetidas aos dois tipos de cirurgia estudados (tumorectomia, seguida de mastectomia), o que perfaz um total de 55 participantes, a nossa amostra efetiva.

Trata-se, portanto, de uma amostra não probabilística, uma vez que todas as participantes do estudo foram selecionadas de forma sequencial, tendo sido delineada uma regra de decisão antes do processo de amostragem começar. Além disso, optou-se por este tipo de amostra por ser comum em contextos de saúde (Pais-Ribeiro, 1999).

Como critério de inclusão da amostra, definiu-se o diagnóstico de cancro da mama com posterior submissão a cirurgia conservadora ou a mastectomia. Já como critérios de exclusão, definiram-se: o ter menos de 18 anos, uma escolaridade inferior a 4 anos, uma situação terminal de doença, a deterioração de capacidades cognitivas que condicionasse a participação e a recusa em participar no estudo.

2.3.2. Procedimentos estatísticos

A análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos foram efetuados através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0 para *Windows*, tendo a análise estatística descritiva consistido no cálculo de frequências para as variáveis ordinais e no cálculo de médias e de desvios-padrão para as variáveis cardinais. Foi utilizado o teste *t* de *Student* para comparar médias de amostras independentes e calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* para avaliar o grau de associação entre pares de variáveis.

3. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos.

3.1. Caracterização das variáveis principais

No caso da variável sentido de vida os resultados variam entre os 20 e os 40 pontos, tendo 1.8% da amostra obtido 20 pontos e 3.6% obtido a pontuação máxima. Os valores mínimo e máximo da Escala de Auto-Atualização-SV são respetivamente 8 e 40. A média das respostas da amostra total é de 31.62 ($DP = 4.70$) e a mediana é de 32 pontos.

Por outro lado, os resultados da amostra para a escala de otimismo variam entre os 4 e os 20 pontos, respetivamente os valores mínimo e máximo da referida escala, tendo 1.8% obtido o valor mínimo e 12.7% o valor máximo de otimismo. A média das respostas para a amostra total é de 15.00 ($DP = 3.65$) e a mediana de 15 pontos.

Os resultados da imagem corporal obtidos pelas doentes variam entre 0 e 28 pontos, sendo 0 o valor mínimo da escala e 30 o valor máximo da BIS. 16.4% da amostra obteve uma pontuação final de zero, representativa de ausência de perturbação na imagem corporal. Apenas uma pessoa (1.8%) obteve 28 pontos, expressivos de uma maior perturbação na imagem corporal. A média das respostas para a amostra total é de 6.09 ($DP = 6.61$), ao passo que a mediana é de 4 pontos.

Quanto à depressão, destaca-se que 80% das participantes não apresenta sintomatologia depressiva, 7.3% apresenta uma sintomatologia depressiva leve, 9% evidencia uma depressão moderada e 3.6% apresenta uma depressão severa. A pontuação da amostra varia entre 0 e 15 pontos, sendo 0 e 21 respetivamente os valores mínimo e máximo da escala, e apresenta uma pontuação média de 4.85 ($DP = 3.96$) e uma mediana de 4 pontos.

Os resultados da amostra relativos à satisfação com a vida variam entre os 11 e os 35 pontos, sendo 5 e 35 respetivamente os valores mínimo e máximo da escala. 1.8% das doentes obteve 11 pontos, ao passo que 7.3% obteve a pontuação máxima. A média das respostas para a amostra total é de 27.96 ($DP = 5.63$) e a mediana é de 29 pontos.

3.2. Relações entre algumas variáveis

Para responder ao objetivo de analisar a associação entre as variáveis demográficas/clínicas (idade, tempo de diagnóstico) e psicológicas (sentido de vida, otimismo, imagem corporal, depressão) com a satisfação com a vida, foram calculados coeficientes de correlação de *Pearson*, cujos valores constam do quadro 2. Nesse mesmo quadro também se apresentam as correlações entre todas as variáveis.

Quadro 2

Valores de r de Pearson entre as Variáveis Idade e Tempo Decorrido Desde o Diagnóstico Oncológico e as Variáveis Principais deste Estudo (N = 55)

Variáveis	Idade	Tempo de diagnóstico	Sentido de vida	Otimismo	Imagem corporal	Depressão
Tempo de diagnóstico	-.069 ($p = .618$)					
Sentido de vida	-.130 $p = (.343)$	-.140 $p = (.307)$				
Otimismo	-.374** $p = (.005)$	-.029 $p = (.836)$	.521*** $p = (< .001)$			
Imagem corporal	.048 $p = (.726)$	.273* $p = (.044)$	-.396** $p = (.003)$	-.426** $p = (.001)$		
Depressão	.144 $p = (.294)$	.126 $p = (.359)$	-.529*** $p = (< .001)$	-.530*** $p = (< .001)$	.551*** $p = (< .001)$	
Satisfação com a vida	.100 $p = (.467)$	-.153 $p = (.264)$	.314* $p = (.020)$	.421** $p = (.001)$	-.571*** $p = (< .001)$	-.311* $p = (.021)$

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

No que respeita à idade, verifica-se a existência de uma correlação significativa da referida variável com o otimismo. Essa correlação é negativa ($r = -.374$, $N = 55$, $p = .005$), ou seja, o otimismo tende a diminuir com a idade. Por outro lado, não existe correlação entre o otimismo e a satisfação com a vida.

O tempo decorrido desde o diagnóstico correlaciona-se com a variável imagem corporal. Existe, assim, uma correlação positiva entre estas duas variáveis ($r = .273$, $N = 55$, $p = .044$), ou seja, altos valores de perturbação na imagem corporal estão associados a

um maior tempo decorrido desde o diagnóstico. Não existe, contudo, uma correlação entre o tempo decorrido desde o diagnóstico e a satisfação com a vida.

Em relação ao sentido de vida, identifica-se uma correlação positiva entre a referida variável e o otimismo ($r = .521, N = 55, p = < .001$). Depreende-se, portanto, que quanto maior for o sentido de vida, maiores são os índices de otimismo. Identifica-se uma correlação negativa entre sentido de vida e imagem corporal ($r = - .396, N = 55, p = .003$), ou seja, baixos níveis de sentido de vida surgem associados a uma maior perturbação na imagem corporal. Existe uma correlação negativa entre sentido de vida e depressão ($r = - .529, N = 55, p = < .001$), ou seja, baixos valores de sentido de vida estão associados a elevados valores de depressão. Verifica-se ainda uma correlação positiva entre sentido de vida e satisfação com a vida ($r = .314, N = 55, p = .020$), estando valores mais elevados de sentido de vida associados a valores mais elevados de satisfação com a vida.

Quanto ao otimismo, para além das correlações anteriormente referidas, com a idade e com o sentido de vida, foram ainda identificadas correlações entre o otimismo e outras variáveis. Verifica-se assim uma correlação negativa entre otimismo e imagem corporal ($r = - .426, N = 55, p = .001$), ou seja, baixos níveis de otimismo surgem associados a uma maior perturbação na imagem corporal. Verifica-se também uma correlação negativa entre otimismo e depressão ($r = - .530, N = 55, p = < .001$), o que significa que quanto menores os índices de otimismo mais elevados são os níveis de depressão, assim como baixos índices de depressão estão associados a altos valores de otimismo. Regista-se ainda uma correlação positiva entre otimismo e satisfação com a vida ($r = .421, N = 55, p = .001$), isto é, um maior otimismo surge associado a uma maior satisfação com a vida. Por outras palavras, altos níveis de otimismo estão associados a altos níveis de satisfação com a vida.

Relativamente à imagem corporal, para além das associações já mencionadas, com o tempo de diagnóstico, o sentido de vida e o otimismo, identifica-se ainda uma correlação positiva entre imagem corporal e depressão ($r = .551, N = 55, p = < .001$), ou seja, uma maior perturbação na imagem corporal surge associada a altos valores de depressão. Verifica-se também uma correlação negativa entre a imagem corporal e a satisfação com a vida ($r = - .571, N = 55, p = < .001$), ou seja, uma menor perturbação na imagem corporal está associada a altos valores de satisfação com a vida.

Relativamente à depressão, para além das associações previamente identificadas, com o sentido de vida, o otimismo e a imagem corporal, regista-se uma correlação negativa

com a satisfação com a vida ($r = -.311$, $N = 55$, $p = .021$). Tais resultados significam que uma menor depressão surge associada a maior satisfação com a vida.

3.3. Comparação de mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas

Com o objetivo de identificar diferenças entre as doentes tumorectomizadas e mastectomizadas, foi utilizado o teste t de *Student* para amostras independentes, de modo a comparar os dois grupos de doentes em termos de cada uma das variáveis principais deste estudo. Os resultados do referido teste, assim como os valores mínimo e máximo e a mediana de cada variável constam no quadro 3.

Quadro 3

Comparação das Doentes Tumorectomizadas e Mastectomizadas Relativamente às Variáveis Principais

Variáveis principais*		Min.-Máx.	Mediana	$M (DP)$	t	p
Sentido de vida	Tumorectomizadas	21-40	32	31.88 (4.89)	$t(53) = 0.40$	.694
	Mastectomizadas	20-39	31	31.38 (4.59)		
Otimismo	Tumorectomizadas	5-20	14	14.69 (2.96)	$t(50) = 0.60$	.551
	Mastectomizadas	4-20	16	15.28 (4.20)		
Imagem Corporal	Tumorectomizadas	0-17	3	3.69 (4.02)	$t(43) = 2.78$	.008
	Mastectomizadas	0-28	6	8.24 (7.72)		
Depressão	Tumorectomizadas	0-15	3	4.50 (4.09)	$t(53) = 0.63$	.534
	Mastectomizadas	0-14	5	5.17 (3.87)		
Satisfação com a Vida	Tumorectomizadas	18-35	30	28.96 (4.47)	$t(53) = 1.25$	.216
	Mastectomizadas	11-35	29	27.07 (6.44)		

Nota. *variáveis principais distribuídas pelo tipo de cirurgia (tumorectomia e mastectomia).

A partir dos resultados obtidos, pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas ($t(43) = 2.78$, $p = .008$) relativamente à perturbação da imagem corporal, apresentando as mulheres submetidas a mastectomia pior imagem corporal do que as mulheres submetidas a tumorectomia. Por outro lado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas para as variáveis sentido de vida, otimismo, depressão e satisfação com a vida.

4. Discussão de resultados

A discussão dos resultados está organizada em função da estrutura da apresentação dos mesmos. Primeiramente irá ser sucintamente discutida a caracterização das participantes em função das variáveis principais do estudo. Em seguida, irão ser discutidos os resultados das associações das diversas variáveis do estudo. Por fim, irão ser discutidos os resultados da comparação dos dois grupos de doentes quanto às diferentes variáveis.

Deste modo, as 55 participantes do nosso estudo, com uma média de idade de aproximadamente 55 anos, apresentam um valor médio de perturbação da imagem corporal inferior ao encontrado por Samico (2007) no seu estudo de validação BIS para a população oncológica portuguesa. A referida autora obteve resultados superiores aos nossos quer para as mulheres tumorectomizadas, como para as mastectomizadas.

A maioria das participantes do nosso estudo não apresenta sintomatologia depressiva, apresentando 9% uma sintomatologia moderada e 3.6% uma sintomatologia grave de depressão. A pontuação média de depressão obtida pela nossa amostra total foi de 4.85 pontos. Valores aproximados foram encontrados por Pais-Ribeiro et al. (2007) no seu estudo que teve como objetivo desenvolver e avaliar as propriedades métricas da versão portuguesa da HADS. Estes autores verificaram que 11.2% das doentes oncológicas obteve uma pontuação acima do ponto de corte na subescala da depressão, sendo o valor médio obtido de 5.89 pontos, representativo de ausência de sintomatologia depressiva.

Em relação à satisfação com a vida, que neste estudo é utilizado como indicador da adaptação à doença, estas participantes apresentam um valor médio acima do obtido por Neto (1993) no estudo de validação da escala, embora se ressalte que a amostra estudada pelo referido autor tinha características muito distintas da nossa amostra.

No que respeita ao sentido de vida, a média dos valores por nós obtidos no presente estudo são semelhantes, embora ligeiramente superiores, àqueles observados no estudo de Silva (2010) numa amostra de 90 mulheres com cancro colo-retal ($M = 30.52$, $DP = 1.30$), cuja média de idade era de 57 anos ($DP = 8.16$).

Relativamente ao otimismo destas mulheres, temos dificuldade em classificar os resultados obtidos, dado não termos referência a valores de tendência central nos estudos realizados pelo autor.

4.1. Relações das variáveis do estudo

Um dos objetivos específicos desta investigação passa pelo estudo da relação entre a idade, o tempo decorrido desde a receção do diagnóstico oncológico, o sentido de vida, o otimismo, a imagem corporal e a depressão, com a satisfação com a vida.

Aborda-se em primeiro lugar a hipótese número um do nosso estudo, que se centra na relação entre o sentido de vida, o otimismo, a imagem corporal e a depressão com a satisfação com a vida das participantes, de modo a analisar-se a adaptação das mesmas à doença. Também serão comentadas relações entre outras variáveis, embora com menor enfoque do que as primeiras, e apesar de não terem sido alvo da formulação de hipóteses.

A discussão da nossa primeira hipótese - As mulheres com cancro de mama com maior sentido de vida, mais otimistas, com melhor imagem corporal e com menos sintomas depressivos têm uma melhor adaptação à doença (medida pela satisfação com a vida) - será decomposta consoante os pares de variáveis referidos, isto é, será abordada primeiramente a associação entre sentido de vida e satisfação com a vida, seguida da associação entre o otimismo e a satisfação com a vida. Posteriormente será alvo de reflexão a correlação entre imagem corporal e satisfação com a vida e, por fim, entre esta última e a depressão.

Quanto ao sentido de vida, verificou-se uma correlação positiva entre este e a satisfação com a vida, estando altos valores de sentido de vida associados a valores elevados de satisfação com a vida.

Tais resultados poderão ser parcialmente fundamentados pelas palavras de Baumeister & Vohs (2002), quando defendem que altos níveis de sentido de vida promovem o aumento da satisfação com a vida, uma vez que o aumento dos níveis de sentido de vida leva a uma ajuda maior do que escapar ao próprio sofrimento. Tal questão é essencialmente relevante em situações de doença grave, como é o caso das doentes da nossa amostra.

Os resultados obtidos vão também ao encontro dos estudos de Crumbaugh e Maholick (1964), Kraus et al. (2009), Ryff e Singer (1998), Scheier et al. (2006) e Zika e Chamberlain (1992), que sustentam que o ter mais sentido de vida tem vindo a ser positivamente associado a medidas de funcionamento psicológico saudáveis, tais como a autenticidade, a competência para a tomada de decisão, a satisfação com a vida e a felicidade. Além disso, um alto valor de sentido de vida também é sinónimo de ser-se um facilitador de *coping* adaptativo.

Relativamente à relação encontrada na nossa amostra de doentes entre otimismo e satisfação com a vida, pode dizer-se que valores elevados de satisfação com a vida surgem associados a valores elevados de otimismo.

Tais resultados vão na mesma direção das palavras de Carver e Scheier (2002, *cit. in* Pedro, 2007), quando defendem que os otimistas são mais resistentes a sintomas de depressão, são vistos como mais felizes com a vida que levam, recorrem frequentemente ao humor e têm mais prazer com o suporte dado pelas pessoas mais próximas. Face a situações de doença, são indivíduos cujas alterações da saúde física têm menor impacto e têm mais facilidade em perceber o seu bem-estar emocional.

Verificou-se ainda uma correlação negativa entre imagem corporal e satisfação com a vida, o que significa que altos valores de satisfação com a vida estão associados a uma menor perturbação na imagem corporal.

Uma possível justificação para tais resultados poderá assentar no fato de vivermos numa sociedade cada vez preocupada com a estética, onde o conceito de imagem corporal está a ganhar crescente importância. Neste sentido, a perda ou mutilação de um seio poderá ter um efeito negativo na imagem corporal e, conseqüentemente, na autoestima da mulher. Isto é compreensível, visto tratar-se de um órgão associado a várias esferas da sua vida, como a feminilidade, a maternidade e a intimidade sexual (Silva et al., 2004). Para piorar, os tratamentos complementares podem causar ainda vários efeitos secundários (e.g. alopecia, maior risco de infeções, aparecimento de feridas na boca, sangue pisado, amenorreia, secura vaginal, anemia, infertilidade) afetando ainda mais o sentimento de identidade da mulher (Ogden, 2004; Silva et al., 2004; Silva, 2008).

Neste seguimento, tendo em conta a importância que a aparência e o sentido de integridade corporal tomam nos dias que correm, é de esperar que uma elevada perturbação na imagem corporal surja associada a uma menor satisfação com a vida.

Identificou-se ainda uma correlação negativa entre depressão e satisfação com a vida. Deste modo, altos valores de depressão aparecem associados a baixos valores de satisfação com a vida, do mesmo modo que altos valores de satisfação com a vida surgem associados a baixos índices depressivos.

A satisfação com a vida pode ser encarada como um juízo cognitivo ou de valor sobre a nossa própria existência. Neste sentido, sabendo que as pessoas com depressão normalmente apresentam uma visão negativa de si, do mundo e do futuro (Guidano &

Liotti, 1983), então também devem apresentar uma visão negativa da sua própria existência e, nesse sentido, apresentar baixos valores de satisfação com a vida.

Em suma, concluiu-se que altos níveis de otimismo e de sentido de vida surgem associados a uma maior satisfação com a vida e elevados valores de depressão e de perturbação na imagem corporal a uma menor satisfação com a vida.

Como a satisfação com a vida é a variável utilizada para medir a adaptação das participantes à doença, podemos concluir que as mulheres da nossa amostra com maior sentido de vida, mais otimistas, com melhor imagem corporal e com menos sintomas depressivos apresentam uma melhor adaptação à doença, confirmando-se a hipótese delineada.

Ainda relativamente à satisfação com a vida, para além da sua relação com as variáveis previamente mencionadas, ainda se procurou estudar a sua relação com a idade e com o tempo decorrido desde o diagnóstico. Não se encontrando no entanto correlação entre a satisfação com a vida e as duas variáveis supracitadas na nossa amostra de doentes.

Verificou-se ainda que a idade se correlaciona de forma positiva com o otimismo e que o tempo de diagnóstico se correlaciona de forma positiva com a imagem corporal.

No que respeita à relação entre otimismo e idade, constatou-se uma correlação negativa entre ambas as variáveis, no sentido em que o otimismo tende a diminuir com a idade, ou seja, altos valores de otimismo surgem associados a idades mais novas.

Tal resultado poderá ser pensado em função das respostas dadas por muitas das participantes deste estudo. De facto, notou-se uma diferença na forma como as mulheres mais jovens e as mulheres mais velhas responderam aos itens da Escala de Otimismo, de Barros (1998). Verificou-se, portanto, no momento em que contactamos com as doentes, que várias mulheres mais velhas demonstraram alguma resistência e até algumas dúvidas nas respostas a dar a determinados itens da Escala. Isto, porque não consideravam existir uma opção de resposta que exprimisse verdadeiramente o que sentiam. Ao contrário das doentes mais jovens, várias doentes mais velhas revelaram que a partir do momento em que descobriram que tinham cancro, passaram a evitar pensar no futuro, isto é, deixaram de fazer planos e projetos e passaram a querer viver um dia de cada vez. Logo, demonstraram algumas dúvidas, por exemplo, a responder ao item 1 do referido instrumento de avaliação. Como não pensam no que o futuro lhes poderá reservar, não podem concordar com o item. Contudo, também não discordam, pois não encaram o futuro com pessimismo. Pura e

simplesmente, não pensam no futuro. Perante este tipo de dúvidas, normalmente as doentes tendiam a dar respostas que representassem menos índices de otimismo.

Como vimos anteriormente, constata-se uma correlação positiva entre o tempo decorrido desde o diagnóstico e a imagem corporal. Tal correlação traduz-se num incremento do impacto negativo na imagem corporal à medida que o tempo de diagnóstico aumenta. Por outras palavras, uma maior perturbação na imagem corporal surge associada a diagnósticos oncológicos mais antigos.

Quanto a estes resultados, há um aspeto de extrema importância a realçar. Aspeto este relacionado com as condições espaço-temporais da aplicação dos protocolos. Salienta-se que inicialmente tinha sido idealizado um contato com as doentes numa fase mais avançada do processo terapêutico, isto é, quando estas já tivessem sido submetidas à cirurgia e a outros tratamentos complementares. Contudo, foi-nos dito que a recolha dos protocolos deveria ser realizada no pós-operatório, o que pode ter condicionado o estudo. Isto, porque o tempo decorrido entre o diagnóstico e a avaliação acabou por ser mais reduzido do que fora inicialmente planeado. Tal poderá ter influenciado os resultados, uma vez que a BIS tem vários itens aos quais as doentes não responderam por estarem no recobro da cirurgia. Por exemplo, o item 10 ficou muitas vezes por responder, porque muitas doentes ainda não tinham visto a cicatriz. Se as doentes estivessem numa fase mais avançada do processo terapêutico, talvez os referidos itens tivessem sido preenchidos e os resultados poderiam ter sido outros: as mulheres certamente já tinham visto o resultado da cirurgia e já tinham vivenciado as implicações da cirurgia no seu dia a dia. Por exemplo, não só viriam a mutilação do seu seio, e a sua cicatriz, como poderiam já ter sentido as implicações da alteração na sua imagem corporal, por exemplo, na sua vida sexual.

Quanto aos resultados obtidos, salienta-se como sendo uma possível explicação lógica para os mesmos, o facto das doentes com um diagnóstico mais antigo puderem ter tido mais tempo para pensar no impacto e nas consequências negativas que a cirurgia iria ter na sua imagem corporal.

Outra possível explicação assenta no facto do tempo decorrido entre o diagnóstico e a avaliação ser superior no grupo das mulheres que realizaram mastectomia do que no grupo das mulheres tumorectomizadas. Se, no grupo das doentes tumorectomizadas, o tempo decorrido desde o diagnóstico até ao momento da avaliação variou de 1 a 5 meses, com um valor médio de 2.63 ($DP = 1.03$). No grupo das mastectomizadas, o tempo variou de duas semanas a dez meses, sendo a média do tempo decorrido de 3.38 ($DP = 2.62$).

Aspetto este que deverá ser realçado, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores de imagem corporal entre o grupo das mulheres tumorectomizadas e o grupo das mastectomizadas, no sentido em que as mastectomizadas apresentaram maior perturbação na sua imagem corporal no momento da avaliação.

Outro aspeto que poderá ter influenciado a associação entre perturbação na imagem corporal e tempo decorrido, passa pelo fato de várias doentes desta amostra terem visto as suas expetativas defraudadas relativamente ao tipo de cirurgia. De facto, várias doentes estavam à espera de realizar tumorectomia e acabaram por ter de extrair o seio, porque o tumor cresceu durante o tempo de espera pela cirurgia. Algumas doentes chegaram a ir para a mesa de operações a pensar que realizariam tumorectomia, tendo-se defrontado com a realidade apenas quando acordaram.

Relativamente à variável sentido de vida, para além da já referida relação com a satisfação com a vida, procurou-se estudar ainda a sua relação com o otimismo, a imagem corporal e a depressão.

Deste modo, e partindo do princípio que, face a situações de doença, os otimistas são indivíduos cujas alterações da saúde física têm menor impacto e têm mais facilidade em perceber o seu bem-estar emocional (Carver & Scheier, 2002, *cit. in* Pedro, 2007); e sabendo que, segundo Antoni et al. (2006), algumas mulheres com cancro da mama conseguem perceber, para além das ameaças, aspetos positivos na experiência de cancro, vendo ampliadas as suas competências e fontes sociais, o seu senso de propósito, a sua espiritualidade, entre outros aspetos, considerou-se interessante perceber a relação existente entre sentido de vida e otimismo nas participantes da nossa amostra.

Através dos resultados obtidos, verificou-se uma correlação positiva entre sentido de vida e otimismo. Depreende-se, portanto, que quanto maior é o otimismo, maior é o sentido de vida, isto é, altos níveis de sentido de vida estão associados a elevado otimismo.

Tais resultados vão ao encontro de Scheier e Carver (2002), que defendem que as pessoas otimistas persistem em atingir os seus propósitos, ao passo que os pessimistas demonstram uma tendência para desistir dos seus próprios objetivos. Isto, partindo do princípio que o sentido de vida normalmente envolve um objetivo ou sentido de propósito unificado (Rathi & Rastogi, 2007).

Os resultados obtidos por nós revelaram ainda a existência de uma correlação negativa entre sentido de vida e imagem corporal. Deste modo, uma maior perturbação na

imagem corporal surge associada a menor de sentido de vida, assim como altos níveis de sentido de vida estão associados a menor perturbação na imagem corporal.

Tais resultados poderão ser novamente explicados pela importância que a imagem tem adquirido na sociedade. A imagem é encarada como sendo importante não apenas no âmbito de uma relação afetiva/conjugal, mas também noutras esferas da vida da mulher (por exemplo, na procura de emprego). Para muitas mulheres, o ter uma imagem bonita e cuidada está na base do seu sentido de vida. Nestes casos, qualquer acontecimento que afete a imagem e integridade corporal deverá interferir com o seu sentido de propósito.

No caso de um cancro da mama, as mulheres poderão ver alterados vários elementos associados à noção de imagem corporal, não apenas relacionados com a aparência física do corpo, mas também associados à noção de saúde e integridade corporal (e.g. a alopecia, a perda de um seio, o aumento de peso, os problemas de pele/unhas, a menopausa precoce e consequente infertilidade). Por exemplo, o caso de uma mulher que deseje muito ser mãe, sendo esse um dos seus maiores objetivos de vida. Se esta mulher se vir a braços com a eminência de uma possível infertilidade causada pelos tratamentos do cancro, poderá ver comprometido o seu sentido de vida, para além de ver a sua imagem corporal afetada por outros efeitos secundários dos tratamentos.

Poderá atentar-se ainda nas palavras de Silva e Mamede (1998, *cit. in* Amâncio et al., 2007), quando ressaltam que a imagem corporal e a autoestima estão inter-relacionadas e são influenciadas pelas condições psicoespirituais, socioeconómicas e emocionais da família, pelo ambiente social e pela filosofia de vida. Quando vividas satisfatoriamente, essas condições podem refletir-se significativamente na vida do ser humano, seja pela aparente segurança interior, seja pela confiança nas relações interpessoais ou pela esperança e disposição necessária à manutenção da vida e do impulso criativo.

Verificou-se ainda uma correlação negativa entre sentido de vida e depressão, o que significa que valores elevados de depressão estão associados a baixos níveis de sentido de vida. Tais resultados vão ao encontro de vários estudos que indicam que um menor sentido de vida tem sido associado a uma maior necessidade de recursos terapêuticos, ideação suicida, toxicod dependência, depressão e ansiedade (Battista & Almond, 1973; Débats & Wezeman, 1993, Harlow & Bentler, 1986, *cit. in* Kraus et al., 2009).

Relativamente à variável otimismo, para além da já mencionada relação com a satisfação com a vida e com o sentido de vida, procurou-se estudar a sua relação com as variáveis imagem corporal e depressão.

De acordo com a análise de resultados, verificou-se uma correlação negativa entre o otimismo e a imagem corporal. Deste modo, altos níveis de otimismo surgem associados a uma menor perturbação na imagem corporal.

Uma possível interpretação para estes resultados poderá assentar nas palavras de Seligman e Csikszentmihalyi (2000), quando defendem que os indivíduos muito otimistas e com altos níveis de esperança normalmente fornecem a si mesmos informações pouco favoráveis à sua doença, conferindo-lhes assim uma maior preparação para enfrentar a realidade em que se encontram. Talvez possa ter acontecido tal fenómeno com as doentes da nossa amostra, podendo as doentes mais otimistas estar psicologicamente mais preparadas para as mudanças na sua imagem corporal comparativamente às doentes menos otimistas. Daí que as doentes mais otimistas tenham apresentado uma melhor imagem corporal do que as doentes menos otimistas.

Além disso, tendo por base um estudo realizado por Segerstrom e Nes (2005, *cit. in* Pedro, 2007), os otimistas são vistos como mais resistentes no confronto face às dificuldades que surgem na sua saúde e têm maior controlo de sintomas como a fadiga ou a dor, típicos em doentes com cancro. São também indivíduos cujas alterações da saúde física têm menor impacto, tendo maior facilidade em perceber o seu bem-estar emocional (Carver & Scheier, 2002, *cit. in* Pedro, 2007).

Deste modo, talvez as nossas participantes mais otimistas se tenham focado mais na vontade de sobreviver a uma doença potencialmente mortal do que nas alterações da sua imagem corporal, uma vez que apresentaram uma menor perturbação na sua imagem corporal do que as doentes com valores mais baixos de otimismo.

Ao estudarmos a associação entre a depressão e o otimismo, encontramos uma correlação negativa entre as duas variáveis. Altos níveis de depressão estão, portanto, associados a baixos níveis de otimismo.

Tais resultados vão ao encontro de Carver e Scheier (2002), que defendem que o otimismo se relaciona com baixos níveis de depressão e com elevados níveis de bem-estar psicológico. Os nossos resultados vão ainda na direção de autores como David et al. (2006), quando defendem que tanto o otimismo como o pessimismo estão correlacionados com *distress* psicológico, no sentido em que altos níveis de otimismo estão associados a menor *distress*, ao passo que altos níveis de pessimismo estão associados a índices mais elevados de *distress* psicológico. A esta mesma conclusão chegaram Wimberly, Carver, e

Antoni (2008), ao defenderem que níveis elevados de otimismo estão associados a um menor *distress* emocional em doentes com cancro da mama.

Barros (2004), por sua vez, defende que o otimismo está associado à felicidade, ao bom humor, à esperança, à resiliência e à saúde física, ao passo que o pessimismo está articulado com a depressão, a infelicidade, a desesperança, a vulnerabilidade face às adversidades, à doença ou até mesmo à morte.

No mesmo sentido e, apesar de se saber que os efeitos do otimismo e do pessimismo devem ser analisados separadamente, é importante salientar os resultados obtidos no estudo de Schou et al. (2004). Estes sustentam que o pessimismo foi o mais forte preditor individual para a morbilidade emocional em doentes com cancro da mama, um ano após a cirurgia ao seio.

Quanto à imagem corporal, para além da relação desta com a satisfação com a vida, com o sentido de vida e com o otimismo, foi ainda analisada a sua relação com a depressão. Encontrou-se, então, uma correlação positiva entre depressão e imagem corporal, no sentido em que altos níveis de perturbação na imagem corporal estão associados a elevados níveis de depressão.

Tais resultados vão na direção do estudo de Wong-kim e Bloom (2005). Segundo estes, as mulheres que vivenciam mais efeitos colaterais dos tratamentos, bem como baixos níveis de autoestima e de suporte social tendem a manifestar mais sintomas significativos de ansiedade e depressão. É certo que Wong-Kim e Bloom (2005) fizeram referência à autoestima e não à imagem corporal, especificamente. Contudo, como ambas estão inter-relacionadas, acredita-se que a lógica seja semelhante. Pinho et al. (2007) defendem ainda que a depressão tende a surgir associada à própria imagem da mulher construída em pensamentos (após a cirurgia) e à preocupação com a opinião dos filhos, do marido e dos restantes familiares sobre a sua nova imagem.

4.2. Comparação das mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas

De acordo com o que consta na secção dos resultados, compararam-se os níveis de otimismo, sentido de vida, imagem corporal, depressão e satisfação com a vida entre mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas.

Apenas três das variáveis principais deste estudo foram alvo de formulação de hipóteses, mais especificamente a imagem corporal, a depressão e a satisfação com a vida. Apesar de não se ter formulado hipóteses sobre a comparação dos valores de otimismo e de sentido de vida nos dois grupos, optou-se por incluir igualmente uma reflexão sobre os seus resultados nesta secção da discussão.

Através deste estudo procurou-se comparar a imagem corporal das doentes mastectomizadas e das tumorectomizadas, uma vez que, para estas mulheres, o impacto psicológico de perder um seio (numa mastectomia) ou parte dele (numa tumorectomia) poderia produzir efeitos diferentes nas suas vidas.

Delineou-se, assim, a segunda hipótese deste estudo (“as mulheres mastectomizadas apresentam uma maior perturbação na sua imagem corporal do que as mulheres tumorectomizadas”), baseando-nos nas palavras de Silva et al. (2004). Estas autoras sustentam que ao estudar-se as consequências psicológicas acarretadas pelo cancro da mama, quanto maior a mutilação, mais traumático é o seu efeito. Neste sentido, as mulheres mastectomizadas sofrem mais sequelas por vivenciarem alterações significativas na sua imagem corporal.

Os resultados obtidos por nós foram ao encontro do que se esperava na referida hipótese, confirmando-a. Verificaram-se, portanto, diferenças estatisticamente significativas entre tumorectomizadas e mastectomizadas, sendo a perturbação na imagem corporal superior em mulheres que realizaram mastectomia.

Tais resultados vão ao encontro de vários outros estudos, nos quais se comprovou que as doentes que realizaram cirurgia conservadora têm uma imagem corporal mais positiva do que as que realizaram mastectomia (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009; Fallowfield et al., 1986; Fobair et al., 2006; Ganz et al., 1992; Manos et al., 2005; Sebastián et al., 2007).

Ressalta-se ainda que Avis et al. (2004) encontraram uma associação entre mastectomia e problemas na imagem corporal, sendo que as mulheres que efetuaram este tipo de cirurgia e que não foram submetidas a reconstrução apresentavam mais problemas ao nível da imagem corporal do que as que efetuaram o mesmo tipo de cirurgia e realizaram reconstrução.

Por se saber que a depressão é das consequências psicológicas mais usuais na população oncológica (Moorey & Greer, 2002; Pimentel, 2006; Sebastián et al., 2007), considerou-se interessante comparar os valores de depressão entre os grupos de doentes

mastectomizadas e tumorectomizadas. Neste sentido, formulou-se a hipótese número três: “as mulheres mastectomizadas apresentam níveis de depressão mais elevados do que as mulheres submetidas a uma tumorectomia”.

Tal hipótese tem como sustentação teórica o estudo de Reich et al. (2008), no qual se constata que as mulheres tratadas com mastectomia desenvolvem mais depressão do que as mulheres que foram submetidas a tumorectomia. Além disso, ressalta-se novamente o que foi dito por Silva et al. (2004), de que quanto maior for a mutilação, mais traumático é o seu efeito. Neste sentido, as mulheres mastectomizadas sofrem mais sequelas por vivenciarem alterações mais significativas na sua imagem corporal.

Contudo, tendo em conta os resultados obtidos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as doentes tumorectomizadas e mastectomizadas relativamente aos índices depressivos, o que vem infirmar a nossa hipótese.

À semelhança dos resultados encontrados por nós neste estudo, também outros autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas nos índices depressivos de mulheres tumorectomizadas e mastectomizadas. Este é o caso, por exemplo, do estudo de Wong-Kim e Bloom (2005) no qual, o tipo de cirurgia não era preditor da emergência de sintomatologia depressiva. Por sua vez, Lueboonthavatchai (2007) defende que, apesar da cirurgia conservadora parecer estar associada a um melhor ajustamento à doença, alguns estudos compararam os resultados psicossociais da mastectomia e da tumorectomia, tendo encontrado uma diferença muito reduzida ao nível da morbilidade psiquiátrica.

Alagaratnam e Kung (1986, *cit in* Moyer, 1997) poderão, de certa forma, fornecer uma explicação lógica para os resultados obtidos no nosso estudo. Tais autores concluíram que o diagnóstico de uma doença maligna é mais preocupante do que o desfiguramento decorrente de uma mastectomia. Daí as diferenças nos índices depressivos não serem estatisticamente significativas em função do tipo de cirurgia.

Por outro lado, segundo Schou et al. (2004), a escolha ativa das doentes quanto ao tipo de cirurgia a realizar também não tem influência nos valores depressivos evidenciados. Os referidos autores não encontraram diferenças significativas quanto à morbilidade emocional entre mulheres a quem foi permitida a escolha sobre o tipo de cirurgia a realizar e a quem não foi permitido fazer tal opção. No nosso estudo, não foi controlado se todas as doentes tiveram ou não escolha ativa quanto ao tipo de cirurgia realizada, mas seria uma variável interessante a estudar futuramente.

Também Ganz et al. (1992) ao estudarem 109 pacientes com cancro da mama, não descobriram diferenças significativas em avaliações de *follow up* realizadas um ano após a cirurgia, no que respeita à qualidade de vida, ao humor e ao ajustamento psicossocial entre mulheres que realizaram mastectomia radical modificada e cirurgia conservadora.

Fallowfield et al. (1986) vão exatamente no sentido oposto ao que se esperava inicialmente com este estudo, ao apresentarem uma das mais plausíveis justificações para o facto das mulheres tumorectomizadas puderem apresentar uma pontuação depressiva mais elevada do que as próprias doentes mastectomizadas. Tal questão prende-se com o facto de várias mulheres que realizaram cirurgia conservadora terem expressado profundas preocupações sobre a possibilidade dos cirurgiões não terem conseguido remover todo o tumor. De tal forma, sentem-se constantemente evadidas pelo medo de uma futura recidiva. Daí a preocupação dos autores com a necessidade de acompanhamento psicológico destas doentes, talvez ainda maior do que nas mulheres mastectomizadas.

Procurou-se ainda comparar a perceção da satisfação com a vida das doentes pertencentes a ambos os grupos, para que se pudesse perceber como se está a processar a sua adaptação ao cancro. Neste sentido, formulou-se a nossa quarta hipótese: “As mulheres mastectomizadas apresentam menor satisfação com a vida do que as tumorectomizadas”.

Apesar de não termos encontrado estudos que sustentem a hipótese, vários estudos supracitados poderão, de alguma forma, justificar o raciocínio subjacente à formulação da mesma. Ressaltam-se, por exemplo, os estudos de Anagnostopoulos e Myrzianni (2009), de Fallowfield et al. (1986), de Fobair et al. (2006), de Ganz et al. (1992), de Manos et al. (2005), e de Sebastián et al. (2007), quando defendem que a imagem corporal aparece como sendo menos positiva para as doentes mastectomizadas; ressalta-se ainda o estudo de Reich et al. (2008), no qual se constata que as mulheres mastectomizadas desenvolvem mais depressão do que as mulheres tumorectomizadas.

Deste modo, partimos do princípio de que os valores mais elevados de depressão e de perturbação na imagem corporal encontrados pelos referidos autores em doentes mastectomizadas podem afetar mais negativamente a sua satisfação com a vida quando comparadas às mulheres tumorectomizadas.

Contudo, no nosso estudo não encontramos diferenças significativas no que se refere à satisfação com a vida entre estes dois grupos de mulheres, não se confirmando assim a hipótese inicialmente formulada.

Os resultados que obtivemos vão de encontro ao estudo de Pozo et al. (1992, *cit. in* Moyer, 1997), que estudaram 63 mulheres longitudinalmente, em função de quatro momentos de avaliação distintos, todos eles após a cirurgia (10 dias, 3 meses, 6 meses e 12 meses após a cirurgia). Com este estudo, tiveram em consideração diferentes variáveis, entre elas a satisfação com a vida e o ajustamento sexual das doentes. Contudo, apesar das mulheres submetidas a cirurgia conservadora terem evidenciado um melhor ajustamento sexual após 6 e 12 meses, não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos no que respeita à satisfação com a vida, à perceção do suporte social, à satisfação conjugal, aos distúrbios de humor e à qualidade de vida nos mesmos períodos temporais.

Além disso, sendo através da variável satisfação com a vida que se analisa a adaptação das participantes à doença, pode dizer-se que não se encontraram diferenças significativas entre a adaptação ao cancro das mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas da nossa amostra.

No que respeita aos valores de otimismo obtidos pelos dois grupos de mulheres estudados, pode dizer-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre tumorectomizadas e mastectomizadas.

Uma possível explicação para estes resultados poderá assentar no facto do tipo de cirurgia, só por si, não ser suficiente para influenciar o otimismo das doentes, até porque nem sempre tem uma relação direta com a probabilidade de cura. Isto é, a escolha pelo tipo de cirurgia pode depender de um vasto conjunto de fatores e não apenas do estágio, grau e consequente prognóstico da doença. Assim, a opção pela mastectomia para uma doente não quer necessária e obrigatoriamente dizer que esta tem um pior prognóstico e que, portanto, deveria estar menos otimista quanto à sua recuperação. Por exemplo, um tamanho reduzido do seio pode determinar a opção pela mastectomia quando o tumor é de grandes proporções, pois uma cirurgia conservadora pode deixar a mama defeituosa (Ogden, 2004).

Os resultados obtidos neste estudo revelaram ainda não existirem diferenças estatisticamente significativas entre tumorectomizadas e mastectomizadas no que respeita ao sentido de vida. Tais resultados poderão ser justificados, mais uma vez, em função das palavras de Alagaratnam e Kung (1986, *cit. in* Moyer, 1997) de que o diagnóstico de uma doença maligna é mais preocupante do que o desfiguramento decorrente de uma mastectomia em si. Tal justificação prende-se com o facto de se tratar de uma doença que, apesar dos constantes avanços científicos, ainda ameaça a vida dos seus portadores, podendo afetar o seu sentido de propósito independentemente do tipo de cirurgia.

5. Conclusões

Em função dos objetivos delineados para este estudo e dos resultados apresentados ressaltam-se algumas considerações finais.

Encontrou-se uma correlação positiva entre satisfação com a vida e sentido de vida e entre satisfação com a vida e otimismo, estando altos níveis de otimismo e de sentido de vida associados a uma maior satisfação com a vida e, portanto, a uma maior adaptação à doença. Pelo contrário, foi encontrada uma correlação negativa entre satisfação com a vida e depressão e entre satisfação com a vida e imagem corporal, o que significa que altos valores de depressão e de perturbação na imagem corporal estão associados a uma menor satisfação com a vida e, por conseguinte, a uma pior adaptação ao cancro.

Deste modo, pode concluir-se que as doentes com maior sentido de vida, mais otimistas, com melhor imagem corporal e com menos sintomas depressivos apresentam maior satisfação com a vida e, portanto, uma melhor adaptação à doença.

Não se encontrou, no entanto, associação estatisticamente significativa entre idade e satisfação com a vida, nem entre esta última e tempo decorrido desde o diagnóstico.

Ao analisar-se as variáveis principais deste estudo nos grupos de doentes tumorectomizadas e mastectomizadas, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável imagem corporal. Neste sentido, a perturbação na imagem corporal aparece como sendo superior nas mulheres mastectomizadas comparativamente às tumorectomizadas.

A partir dos resultados da variável satisfação com a vida, conclui-se a inexistência de diferenças significativas na adaptação à doença entre mastectomizadas e tumorectomizadas.

Como principais limitações deste estudo salientam-se:

- O facto de não se ter contactado com as doentes numa fase mais avançada do processo terapêutico, como tinha sido inicialmente idealizado, o que pode ter influenciado os resultados obtidos (sobretudo em relação à variável imagem corporal, pois vários itens ficaram por responder na BIS. Por exemplo, como muitas doentes ainda não tinham visto a sua cicatriz, acabaram por não responder ao item 10).

- A dificuldade encontrada por várias doentes em responder a alguns instrumentos de avaliação, nomeadamente a Escala de Optimismo (várias doentes mais velhas queixaram-

se de não existir uma opção de resposta que fosse elucidativa da sua situação, por exemplo, explicaram que atualmente não pensam no futuro, logo não o encaram de forma otimista nem pessimista. Explicaram ainda que, por essa razão, não existia nenhuma opção de resposta que descrevesse fielmente a sua condição. Tais dificuldades foram mais visíveis nos itens 1 e 3 da escala) e a Subescala de Auto-Atualização-SV, que se revelou de difícil compreensão para várias doentes, independentemente do nível de escolaridade.

- O tamanho da amostra e o facto do estudo ser transversal deverá ser tido em consideração, ressaltando a prudência para a generalização dos resultados à população de mulheres com cancro da mama.

Os resultados deste estudo devem também ser interpretados não esquecendo que foram obtidos numa amostra de doentes em fase de pós-operatório, em que a grande maioria ainda não tinha realizado qualquer tratamento complementar, nem tinha visto o resultado da cirurgia.

Futuramente seria interessante implementar-se um estudo semelhante em fases posteriores do processo terapêutico ou, então, optar-se por um estudo longitudinal para analisar a adaptação das participantes ao cancro nas diversas etapas do processo de doença.

Tal sugestão parece válida, mesmo tendo em consideração as dificuldades relativas à implementação um estudo longitudinal junto de doentes oncológicos. Seria interessante estudar a adaptação à doença oncológica em função da idade, conseguindo uma amostra que permitisse formar dois grupos: um composto por doentes mais novas e outro por doentes mais velhas. Por outro lado, ressalta-se a importância de se estudar outros tipos de cancro, para além do da mama, uma vez que estes têm sido menos versados na literatura científica, embora mereçam a mesma atenção.

Para além das sugestões para investigações futuras, salienta-se um aspeto que poderá ser útil para a prática em Psico-Oncologia. Trata-se de um alerta aos psicólogos, para que estejam mais atentos ao grupo das mulheres tumorectomizadas. Se, à priori, pensávamos que estas teriam resultados inferiores em diferentes variáveis (e.g. depressão) e, consequentemente apresentariam uma melhor adaptação à doença, depois de analisados os resultados, verificamos que as diferenças entre mastectomizadas e tumorectomizadas não são (na maioria dos casos) significativas, devendo ser tidas em consideração na prática clínica.

6. Referências

- Albergaria, D. (2008). *Hepatite C, uma doença silenciosa: Ansiedade, depressão e qualidade de vida antes do tratamento anti-viral* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Amâncio, V. M., Santana, N., & Costa, S. (2007). Mulher mastectomizada e a sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21, 41-53.
- American Cancer Society. (2008). *Cancer, Facts and Figures 2008*. Atlanta: American Cancer Society.
- Anagnostopoulos, F., & Myrghianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 311-321. doi: 10.1007/s10880-009-9176-5
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1143-1152. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1152
- Ascroft, J. J., Leinster, S. J., & Slade, P. D. (1985). Breast cancer-patient choice of treatment: Preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78, 43-46.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Barros, J. (1998). Optimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, 295-308.
- Barros, J. (2004). *Psicologia Positiva: Amor, felicidade, alegria, optimismo, esperança, perdão, sabedoria, beleza, sentido de vida*. Porto: Edições Asa.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. In: C. R., Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 608-618). New York: Oxford University Press.
- Baxter, N. N., Goodwin, P. J., Mcleod, R. S., Dion, R., Devins, G., & Bombardier, C. (2006). Reliability and validity of the body image after Breast Cancer Questionnaire. *The Breast Journal*, 12, 221-232. doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00246.x
- Berterö, C. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-Oncology*, 11, 356-364.
- Campôa, E., & Cruz, J. P. (2008). Expressão emocional e bem-estar subjectivo na doença oncológica. In: I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.). *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em Psicologia e Saúde* (pp.203-206). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-391.

- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., ... Moffatt, F. J. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment of early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In: C. R., Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). New York: Oxford University Press.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- David, D., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40, 203-213. doi:10.1016/j.paid.2005.05.018
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In: C. R., Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Fallowfield, L. J., Baum, M., & Maguire, G. P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293, 1331-1334.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young woman with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 579-594.
- Froh, J. J. (2004). The history of Positive Psychology: Truth be told. *NSY Psychologist*, 18-20.
- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., ... Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 376-387. doi: 10.1093/jnci/djh060
- Ganz, P. A., Schag, A. C., Lee, J. J., Polinsky, M. L., & Tan, S. J. (1992). Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*, 69, 1729-1738.
- Gaston-Johansson, F., Fall-Dickson, J. M., Bakos, A. B., & Kennedy, M. J. (1999). Fatigue, pain, and depression in pre-autotransplant breast cancer patients. *Cancer Practice*, 7, 240-247.
- GLOBOCAN. (2008). *GLOBOCAN 2008: Facts States Portugal*. Retirado de: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620>
- Guerra, M. P. (1992). Conceito de Auto-Atualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Guerra, M. P. (2010). *Humanismo revisitado e Psicologia Positiva: Contributos para a Psicologia da Saúde*. Prova de Agregação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders*. New York: The Guilford Press.

- Hoffmann, F., Müller, M., & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: Apoio social e espiritualidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14, 143-150.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista Referência*, 2, 77-88.
- Lopes, H. (2004). *A Qualidade de vida, respostas emocionais e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico e da mama: Um estudo comparativo* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal Medical Association of Thailand*, 90, 2164-2174.
- Menezes, M. M. (2008). *Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados* (Dissertação de Mestrado publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M., Mateos, N., & de la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish woman with early-stage breast cancer. *Psicooncología*, 2, 103-116.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C., & Sykes, C. M. (2005). *Health Psychology: Theory, research and practice* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Melo, V.L. (2009). *A influência do optimismo, da esperança e bem-estar subjectivo no medo do cancro da mama em estudantes universitários* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-mahmoody, M. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, 284-298.
- Narváez, A., Rubinós, C., Cortés-Funes, F., Gomez, R., & García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5, 93-102.
- Neto, F. (1993). Satisfaction with Life Scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia Positiva* (Trabalho de licenciatura publicado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. (F. Anderson, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health e Medicine*, 12, 225-237.

- Pedro, L. (2007). *Implicações do optimismo, da esperança, autonomia e participação na qualidade de vida em pessoas com esclerose múltipla* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Porto: Edições Almedina, SA.
- Pinho, L. S., Campos, A. C. S., Fernandes, A. F. C., & Lobo, S. A. (2007). Câncer de mama: Da descoberta à recorrência da doença. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9, 154-165.
- Pinto, C. (2007). *Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Rathi, N., & Rastogi, R. (2007). Meaning in life and psychological well-being in preadolescents and adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33, 31-38.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). A avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 13-32.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research & Treatment*, 110, 9-17.
- Ritterband, L. M., & Spielberger, C. D. (2001). Depression in a cancer patient population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Rodgers, J., Martim, C. R., Morse, R. C., Kendell, K., & Verrill, M. (2005). An investigation into psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of life Outcomes*, 3, 41-41.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Samico, S. (2007). *O silêncio do vazio: O impacto da mastectomia e histerectomia na imagem corporal e na sexualidade na doença oncológica no feminino* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., ... Zdaniuk, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing purpose in life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 291-298. doi: 10.1007/s10865-005-9044-1
- Schou, I., Ekeberg, Ø, Ruland, C. M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13, 309-320.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18, 137-161.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive Psychology, positive prevention, and positive therapy. In: C. R., Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5

- Silva, E. D. R. (2010). *Variáveis preditivas da qualidade de vida de sobreviventes de cancro colo-rectal* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Silva, L. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237.
- Silva, S., Loureiro, J., & Sousa, G. (2004). *Psicoterapia de grupo em mulheres mastectomizadas* (Trabalho de licenciatura publicado). Universidade Lusíada do Porto, Porto.
- Velden, P. J., Kleber, R. J., Fournier, M., Grievink, L., Drogendijk, A., & Gersons, B. P. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 102, 35-45.
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50, 55-63.
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº2. p.100. United Nations, World Health Organization. Geneve: Interim Comission.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, 23, 57-72. doi: 10.1080/14768320701204211
- Wong-Kim, E. C., & Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young woman newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67, 361-370.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133-145.

Anexos

Anexo A

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação dos Estudos

Estudo 1. “A Adaptação à Doença em Mulheres com Cancro da Mama: A Influência do Sentido de Vida, do Otimismo, da Imagem Corporal e da Depressão”.

Estudo 2. “Estudo das Variáveis Psicológicas – Esperança, Auto-Actualização e Depressão – na Satisfação com a Vida em Mulheres com Cancro da Mama”.

Eu, abaixo- assinado, (nome completo da doente) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluída. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais e eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou os inquéritos propostos pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura da doente:

As investigadoras responsáveis:

Nome: Solange Fonseca

Assinatura: _____

Nome: Rita Rocha

Assinatura: _____

Anexo B

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Este questionário surge no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e pretende caracterizar e recolher dados da história clínica de mulheres com cancro da mama do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. Os seus dados serão tratados com toda a confidencialidade e serão usados apenas para fins estatísticos.

I. Dados Sociodemográficos

Esta primeira parte do questionário tem como objetivo caracterizar a população em estudo. Deste modo, pretende-se que nas questões de escolha múltipla sinalize a opção que mais se adequa à sua situação. Quanto às restantes questões, preencha os espaços em branco, de forma sucinta.

1) Idade: ____ anos

2) Estado civil:

Solteira ☐

Casada ☐

Separada/Divorciada ☐

Viúva ☐

União de facto ☐

3) Anos de escolaridade completos: _____

4) Situação profissional atual:

Ativa (a trabalhar) ☐

Desempregada ☐

De baixa/atestado médico ☐

Inválida ☐

Nunca trabalhou ☐

Doméstica ☐

Reformada ☐

5) Com quem vive? (pode assinalar mais do que uma opção)

Sozinha ☐

Com cônjuge/Companheiro ☐

Com filhos ☐

Outro familiar ☐

Com amigo (a) ☐

Com empregado (a) ☐

Num lar ou outra instituição ☐

Outra situação ☐ Qual? _____

II. Dados Clínicos

Esta segunda parte do questionário tem como objetivo recolher dados sobre a história clínica da população em estudo. Para tal, pretende-se que nas questões de escolha múltipla sinalize a opção que mais se adequa à sua situação. Quanto às restantes questões, preencha os espaços em branco de forma sucinta.

1) Há quanto tempo lhe foi diagnosticado o cancro? _____

2) A que tratamentos já foi submetida devido à doença? (Pode assinalar mais que uma opção)

Mastectomia ☐

Tumorectomia ☐

Quimioterapia ☐

Radioterapia ☐

Terapia hormonal ☐

Outros ☐ Quais? _____

Anexo C

Escala de Auto-Actualização-SV (Guerra, 1992)

ESCALA DE AUTO-ACTUALIZAÇÃO- SV

O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando a alternativa que mais se aplica.

	Concordo muito	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo muito
1. Tenho interesse pela vida e faço planos	1	2	3	4	5
2. A minha vida é vivida em vão	1	2	3	4	5
3. Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior	1	2	3	4	5
4. Desenvolvo as potencialidades que tenho	1	2	3	4	5
5. Sinto falta de uma missão na vida na qual me empenhe	1	2	3	4	5
6. É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer	1	2	3	4	5
7. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa	1	2	3	4	5
8. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração

Anexo D

Escala de Optimismo (Barros, 1998)

ESCALA DE OPTIMISMO (BARROS, 1998)

Este questionário interroga sobre algumas atitudes da pessoa face ao futuro. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo. Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação (evitando, se possível, o número intermédio), conforme esta chave:

- 1=totalmente em desacordo (absolutamente não)
- 2=bastante em desacordo (não)
- 3=nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)
- 4=bastante de acordo (sim)
- 5=totalmente de acordo (absolutamente sim)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Encaro o futuro com otimismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Faço projetos para o futuro e penso que os realizarei | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Em geral considero-me uma pessoa otimista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(Máximo de otimismo: 20 pontos; mínimo 4)

Anexo E

***Body Image Scale* - (Hopwood et al., 2001; tradução e adaptação por Samico, 2007)**

BIS (Hopwood *et al.*, 2001)

Neste questionário vamos-lhe perguntar como se sente acerca da sua aparência, e acerca de mudanças que possam ter ocorrido no seu corpo em consequência da sua doença ou tratamento. Por favor, leia cada uma das questões atentamente e assinale a alternativa que traduz melhor a maneira como se sentiu durante a última semana.

Data: __/__/____

	De modo algum	Um pouco	Modera- damente	Muito
1. Tem-se centrando demasiado na aparência do seu corpo?				
2. Tem-se sentido menos atractiva fisicamente depois da sua doença ou tratamento?				
3. Tem-se sentido insatisfeita com a sua aparência quando está vestida?				
4. Tem-se sentido menos feminina depois da sua doença ou tratamento?				
5. Tem dificuldade em olhar para si nua?				
6. Tem-se sentido menos atractiva sexualmente depois da sua doença ou tratamento?				
7. Evita o contacto com outras pessoas devido à forma como se sente em relação à sua aparência?				
8. Sentiu que o tratamento deixou o seu corpo incompleto?				
9. Tem-se sentido insatisfeita com o seu corpo?				
10. Tem-se sentido insatisfeita com a aparência da sua cicatriz?				

Anexo F

***Hospital Anxiety and Depression Scale* - (Zigmond & Snaith, 1983; tradução e adaptação por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2006)**

HADS (Zigmond & Snaith, 1983)

Tradução e adaptação de M. Baltar & J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo

Nome _____

Data _____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimo-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na ultima semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a a sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas de vagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Sinto-me de tal forma assustado/a, que parece que tenho um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELO SUA COLABORAÇÃO

Anexo G

Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985; tradução e adaptação por Neto, 1993)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

A seguir estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala 1-7 em baixo, indique o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede esse item. Por favor, seja sincero e honesto na sua resposta. A escala de 7 pontos é: 1 = fortemente em desacordo, 2 = desacordo, 3 = levemente em desacordo, 4 = nem de acordo nem em desacordo, 5 = levemente de acordo, 6 = acordo, 7 = fortemente de acordo.

1. Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	2	3	4	5	6	7